

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TEDAVİSİ BİTEN KANSERLİ  
ADÖLESANLARIN (13-18 YAŞ) YAŞAM  
KALİTESİNİ ETKİLEYEN ETMENLERİN  
BELİRLENMESİ**

**SERAP TUNA**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İZMİR-2010**

DEÜ.HSL.MSc-2007970059

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TEDAVİSİ BİTEN KANSERLİ  
ADÖLESANLARIN (13-18 YAŞ) YAŞAM  
KALİTESİNİ ETKİLEYEN ETMENLERİN  
BELİRLENMESİ**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

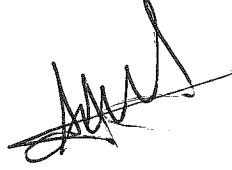
**SERAP TUNA**

Danışman Öğretim Üyesi

Yard. Doç. Dr. AYFER ELÇİGİL

DEÜ.HSL.MSc-2007970059

“Tedavisi Biten Kanserli Adölesanların (13-18 yaş) Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi” isimli bu tez 10.02.2010 tarihinde tarafımızdan değerlendirilip başarılı/başarısız bulunmuştur.



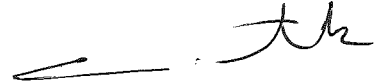
Jüri Başkanı

Yard.Doç.Dr. Ayfer ELÇİGİL



Jüri Üyesi

Prof.Dr.Zuhal BAHAR



Jüri Üyesi

Yard.Doç.Dr.M. Candan Öztürk

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

<b>TABLO DİZİNİ</b> .....	i
<b>ŞEKİL DİZİNİ</b> .....	ii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>ÖZET</b> .....	1
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ</b>	
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi .....	5
1.2.Araştırmanın Amacı.....	8
1.3.Araştırma Soruları.....	8
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	
2.1. Kanser Tedavisi Biten Adölesan ve Yaşam Kalitesi.....	9
2.1.1.Kanser Tedavisi Biten Adölesan.....	9
2.1.2. Kanser Tedavisi Sonrası Görülebilecek Sorunlar .....	10
2.1.2.1. Fiziksel Sorunlar.....	10
2.1.2.2. Psikososyal Sorunlar.....	12
2.1.2.3. Nörobilişsel Sorunlar.....	13
2.1.3. Yaşam Kalitesi.....	14
2.1.4. Kanser Tedavisi Sonrası Adölesanın Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenler.....	16
2.1.5. Hemşirenin Rolü.....	19
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	
3.1. Araştırmanın Türü.....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	22
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	22
3.4. Veri Toplama Araçları .....	22
3.4.1. Bilgi Formu.....	22
3.4.2. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL 4.0).....	23
3.5. Verilerin Toplanması .....	25
3.6. Verilerin Analizi .....	25
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.7.1. Bağımsız Değişkenler.....	26
3.7.2. Bağımlı Değişkenler.....	27
3.8. Araştırma Etiği .....	27

## **4. BULGULAR**

4.1. Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	28
4.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	29
4.3. Adölesanların Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlarının İncelenmesi.....	30
4.4. Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi.....	30

## **5. TARTIŞMA**

5.1. Adölesanların Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi.....	39
5.2. Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi.....	40
5.2.1. Cinsiyetin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi.....	40
5.2.2. İlk Tanı Alma Yaşının Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi.....	41
5.2.3. Tanının Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi.....	42
5.2.4. Tedavinin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi.....	43
5.3. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi.....	44
5.3.1. Adölesanların Annelerinin ve Babalarının Eğitim Durumunun Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi.....	44
5.3.2. Adölesanların Annelerinin ve Babalarının Çalışma Durumunun Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi.....	45
5.3.3. Ebeveynlerin Ekonomik Durumunun Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi.....	46
<b>6. SONUÇLAR</b>	<b>47</b>
<b>7. ÖNERİLER</b>	<b>49</b>
<b>8. KAYNAKLAR</b>	<b>50</b>

## **EKLER**

<b>EK 1. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Adölesan Formu (13-18 yaş).....</b>	<b>62</b>
<b>EK 2. Bilgi Formu.....</b>	<b>64</b>

## TABLO DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cronbach Alfa Sonuçları.....	24
<b>Tablo 2.</b> Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	28
<b>Tablo 3.</b> Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	29
<b>Tablo 4.</b> Adölesanların Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	30
<b>Tablo 5.</b> Adölesanların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	30
<b>Tablo 6.</b> Adölesanların İlk Tanı Alma Yaşına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	31
<b>Tablo 7.</b> Adölesanların Aldıkları Tanıya Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	32
<b>Tablo 8.</b> Adölesanların Tedavilerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	33
<b>Tablo 9.</b> Adölesanların Annelerinin Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	34
<b>Tablo 10.</b> Adölesanların Babalarının Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	35
<b>Tablo 11.</b> Adölesanların Annelerinin Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	36
<b>Tablo 12.</b> Adölesanların Babalarının Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	37
<b>Tablo 13.</b> Ebeveynlerin Ekonomik Durumu İle Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	38

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın Değişkenleri.....	26
---	----



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam süresince desteğini ve ilgisini eksik etmeyen, deneyimlerini paylaşan danışman hocam Sayın Yard.Doç.Dr. Ayfer ELÇİGİL'e, araştırma süresince değerli bilgileri ve önerileri ile katkıda bulunan hocalarım Sayın Prof.Dr.Zuhal BAHAR'a ve Sayın Yard.Doç.Dr. M.Candan ÖZTÜRK'e, hayatımın her aşamasında beni destekleyen değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**SERAP TUNA**

## ÖZET

### TEDAVİSİ BİTEN KANSERLİ ADÖLESANLARIN (13-18 YAŞ) YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN ETMENLERİN BELİRLENMESİ

SERAP TUNA

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

seraptn2005@hotmail.com

Araştırma, tedavisi biten kanserli adölesanların (13-18 yaş) yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Şubat 2009 - Eylül 2009 tarihleri arasında İzmir’de iki üniversite ve iki devlet hastanesinin çocuk onkoloji polikliniğine gelen tedavisi biten 90 adölesan (13-18 yaş) oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği adölesan formu (13-18 yaş) ve tanıtıcı bilgi formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdeler dağılımı, bağımsız iki grupta t-testi, Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmada adölesanların %43.3’ü kız, %56.7’si erkektir. Adölesanların yaş ortalaması  $15.98 \pm 1.60$ ’tır. Adölesanların ilk tanı alma yaşı ortalaması  $11.18 \pm 3.80$ ’dir. Adölesanların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Çocukluk döneminde kanser tanısı alan çocukların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları (fiziksel, duygusal, okul, psikososyal, ölçek) puan ortalamaları, adölesan döneminde tanı alanlardan daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Adölesanların aldığı tanıya göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Adölesanların tedavileri ile psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Adölesanların annelerinin eğitim durumu ve babalarının çalışma durumu ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları (fiziksel, duygusal, sosyal, okul, psikososyal, ölçek) puan ortalamaları, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Babaların eğitim durumu ile adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları duygusal işlevsellik, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Adölesanların annelerinin çalışma durumu ile sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Ebeveynlerin ekonomik durumu ile adölesanların sosyal işlevsellik puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Sonuç olarak bu çalışmada yer alan adölesanların tedavi sonrasında yaşam kalitelerinin etkilendiği saptanmıştır. Tedavisi biten kanserli adölesanların yaşam kalitesinin geliştirilmesi için gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Yaşam kalitesi, Adölesan

**ABSTRACT**

**DETERMINATION OF THE CONSTRUCTS EFFECTING THE LIFE QUALITY OF  
THE ADOLESCENTS (13-18 YEARS OLD) WITH CANCER WHO HAVE  
COMPLETED THEIR TREATMENT**

**SERAP TUNA**

**Dokuz Eylul University, Health Sciences Graduate School**

**seraptn2005@hotmail.com**

This research, has been made as a definitive study for the determination of the constructs effecting the life quality of the adolescents (13-18 years old) with cancer who have completed their treatment.

The sample of the study was formed by 90 adolescents (13-18 years old) with cancer who have completed their treatment in two university and two state hospitals in Izmir between the dates of February-September 2009. Adolescent questionnaire (13-18 years old) and initiatory information survey were used as data collection tools. For the evaluation of the data; numerical and proportional distribution, independent double group t-test, Kruskal Wallis test and Mann Whitney U tests were used.

In the study, %43.3 of the adolescents are female, and %56.7 of them are male. Mean age of the adolescents is  $15.98 \pm 1.60$ . First diagnostic age of the adolescents is  $11.18 \pm 3.80$ . The difference in the scores of the adolescent which they got from the life quality scale according to their gender was not found statistically significant ( $p > 0.05$ ). The score average of the children who were diagnosed with cancer in their childhood which they got from the life quality scale (physical, emotional, school, psychosocial, scale) were found to be higher than the ones who were diagnosed in their adolescence ( $p < 0.05$ ). The total scale scores of the adolescent according to their diagnosis were found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ). The difference between the total average psychosocial health and scale scores of the adolescent with their treatments was found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ). The difference between the educational status of the mothers of the adolescents and the job status of the fathers of the adolescents which they got from the life quality scale (physical, emotional, social, school, psychosocial, scale) were not found to be statistically significant ( $p > 0.05$ ). The difference between the educational status of their fathers and their emotional functionality, psychosocial health and scale scores average was found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ). The difference between the job status of the mothers of the adolescents which their the social

functionality score average were found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ). The difference between the economical status of the parents of the adolescents and their social functionality score average was found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ).

In conclusion, it was determined that the life quality of the adolescents is effected in the post-treatment period. It is strongly advised that necessary nursing interventions should be planned and applied in order to increase the life quality of the adolescents who have completed their treatment.

**Key Words:** Cancer, Life quality, Adolescent

## **1. GİRİŞ**

### **1.1. Problemin Tanımı ve Önemi**

Kanser gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde görülen önemli sağlık sorunlarından biridir. Dünya nüfusu içinde kanser olan çocuk ve yetişkin sayısı giderek artmaktadır. Dünyada her yıl ortalama 200.000 (%85'i gelişmekte olan ülkelerde) yeni çocukluk çağı kanseri görülmektedir (23). Amerika'da çocukluk çağı kanserlerinin görülme sıklığı milyonda 153.3 iken, ülkemizde milyonda 115.6 dır (68). Çocukluk çağı kanserleri tüm kanserlerin yaklaşık %0.5-1'ini oluştururken, bu oran yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Adölesan dönemi kanserleri çocukluk çağı kanserlerinin yaklaşık %1-2'sini oluşturmaktadır (74, 130).

Kanser, tıp ve tedavideki gelişmelere bağlı olarak artık ölümcül değil kronik bir hastalık olarak ele alınmaktadır. Kanserde erken tanının önem kazanması, yeni tanı yöntemlerinin bulunması, yeni kemoterapi kürleri ve kemik iliği transplantasyonundaki gelişmeler sağ kalım oranlarını ve beklenen yaşam süresini arttırmıştır (47, 118). Kanser tanısını 20 yaşından önce alan çocukların 5 yıllık sağ kalım oranı %75, 10 yıllık sağ kalım oranı %70'dir (8, 13, 61, 89).

Kanserli çocukların yaşam süresinin uzaması ve iyileşme oranlarının artmasına karşın tedavi bittikten sonra da kanserin ve tedavinin getirdiği sorunlar çocuk ve ailesinin yaşam kalitesini etkilemektedir (11, 28). Yaşam kalitesi bireyin duygusal, fiziksel ve sosyal iyilik halini ve günlük yaşamını sürdürebilmesi için fonksiyonlarını yerine getirebilme durumu olarak tanımlanmaktadır (114). Yaşam kalitesi bireyin beklentileri ile erişebildikleri arasındaki uçurumun olabildiğince az olmasıdır (18). Kanserli çocukların yaşam kalitesi hastalık ve tedavinin getirdiği sorunlarla baş etmesiyle ilişkilidir. Bu sorunlar her yaş döneminde farklılıklar göstermektedir. Adölesan döneminde de bu sorunlar önemini korumaktadır (11, 46, 67, 69).

Kendine özgü değişim ve gelişim süreci olan adölesan döneminde kanser tedavisi bittikten sonra fizyolojik, sosyal ve psikolojik birçok sorun görülmeye devam etmektedir. Büyüme ve gelişme düzensizlikleri, infertilite, kalp sorunları, obezite, kas-iskelet anormallikleri, kilo kaybı, amputasyon, fiziksel aktivitede azalma, göz problemleri, işitme problemleri, diş problemleri ve ikinci tümör gelişimi gibi geç yan etkiler çocukları fiziksel olarak etkilemektedir (1, 14, 24, 50, 70, 119).

Tedavi sonrası görülebilecek bu fiziksel sorunlar çocuğun sosyal yaşantısında değişikliklere neden olmaktadır. Dış görünümündeki değişiklikler, çocuğun arkadaşları

tarafından kabul edilmesini etkileyebilir. Arkadaşlarının kendisiyle dalga geçebileceğini düşünerek çocuk okula gitmek istemeyebilir. Yapılmış olan araştırmalarda kanser tedavisi biten adölesanların okul performansı ve akademik başarılar konusunda da zorluk yaşadıkları saptanmıştır.(11, 47, 52, 91, 109, 118).

Fiziksel ve sosyal sorunlar depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, davranış ve uyum sorunları, benlik saygısında azalma gibi psikolojik sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır (4, 15, 59, 72, 92, 111). Yapılan çalışmalarda tedavi bittikten sonra görülen bu fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunların adölesanların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği ve yaşam kalitelerinin sağlıklı akran gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (8, 30, 46, 63, 88).

Kanserin, yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin cinsiyet, ilk tanı alma yaşı, aldığı tanı ve tedavi gibi çeşitli etmenlere bağlı olarak değişebildiği belirtilmektedir (11, 101, 129).

Cinsiyet yaşam kalitesini etkileyen etmenlerden biridir. Tedavisi biten çocuklar arasında kızların erkeklere göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır (3, 71, 92, 112, 121). Tedavisi biten çocukların yaşam kalitesinin değerlendirildiği diğer çalışmalarda erkeklerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kızlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir (11, 92). Tedavisi biten erkek adölesanlarda yeniden kanser gelişeceği kaygısı, bedensel şikayetlerde artış, akademik başarıda düşüş gibi sorunların daha sık görüldüğü, kızlarda ise ileride doğurganlık ve doğacak çocuklarının sağlıkları ile ilgili kaygılarının fazla olacağı belirtilmektedir (128).

İlk tanı alma yaşı yaşam kalitesini etkileyen diğer bir etmendir. Adölesan döneminde kanser tanısı alanların çocukluk döneminde tanı alanlara göre yaşamlarının daha fazla etkilendiği saptanmıştır (11). Çocuk yaşta tanı almanın yaşam kalitesini etkilediğini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (15, 46, 65, 92, 102).

Kanser tanısı da adölesanın yaşam kalitesini etkilemektedir. Kanser tanısı alıp tedavisi biten çocukların sağlıklı kontrolleri ile karşılaştırıldıkları çalışmalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu saptanmıştır (96, 104, 108). Eiser ve arkadaşlarının (2005), tedavisi biten 77 çocuğun yaşam kalitesini değerlendirmek için yaptığı çalışmada, ALL tedavisi biten çocukların MSS kanser tedavisini bitirenlere göre yaşam kalitesi puanlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (33). Hinds ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında osteosarcoma tanısı almış adölesanların yaşam kalitelerinin AML tanısı alanlara göre daha fazla etkilendiği belirtilmektedir (58).

Yaşam kalitesini etkileyen bir diğer faktörde tedavidir. Yalnız radyasyon tedavisi, yalnız kemoterapi tedavisi, birden fazla tedavi protokolü ve yüksek doz steroid kullanımı ile tedavi edilenlerin yaşam kalitelerinin fiziksel, sosyal, psikososyal ve okul alanlarında etkilendiği saptanmıştır (75, 78, 98, 99, 127). Kısa tedavi gören çocukların psikolojik sonuçlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (15).

Çocuğun yaşam kalitesini, ebeveynlerin eğitim, çalışma ve ekonomik durumunun da etkilediği saptanmıştır (27). Ailenin düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmasının çocuğun fiziksel ve psikososyal durumunu olumsuz olarak etkilediği belirlenmiştir (29, 81, 127).

Dünya’da yapılan araştırma sonuçları tedavisi biten kanserli adölesanların birçok sorunları olduğunu ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (4, 12, 25, 30, 46, 65, 78, 127). Ülkemizde ise özellikle tedavisi biten kanserli adölesanların yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Memik ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada kronik hastalık grubundaki adölesanların yaşam kalitesi ölçek puanları sağlıklı ve akut hastalık gruplarından düşük bulunmuştur (81).

Ülkemizde tedavisi biten kanserli adölesanların yaşam kalitesini etkileyen etmenleri belirlemeye yönelik yapılacak olan çalışmalar, ailelere ve sağlık ekibine yol gösterici olacaktır. Hemşire sağlık ekibi içinde, adölesanın yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir role sahiptir. Bu çalışmada elde edilen verilerin, tedavisi biten kanserli adölesanların yaşam kalitesinin geliştirilmesi için gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve hemşirelik hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde yardımcı olacağı düşünülmektedir.



## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada tedavisi biten kanserli adölesanların (13-18 yaş) yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

## **1.3. Araştırma Soruları**

- Adölesanların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında fark var mıdır?
- Adölesanların ilk tanı alma yaşına göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında fark var mıdır?
- Adölesanlara uygulanan tedavi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında fark var mıdır?
- Adölesanların aldığı tanı ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında fark var mıdır?
- Annelerin eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında fark var mıdır?
- Babaların eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında fark var mıdır?
- Annelerin çalışma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında fark var mıdır?
- Babaların çalışma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında fark var mıdır?
- Ebeveynlerin ekonomik durumuna göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında fark var mıdır?

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. KANSER TEDAVİSİ BİTEN ADÖLESAN VE YAŞAM KALİTESİ**

#### **2.1.1. KANSER TEDAVİSİ BİTEN ADÖLESAN**

Ergen kelimesinin karşılığı olan “Adolesan” kelimesi, “büyümek ve yetişkinliğe ermek” anlamına gelen Latince “Adolescere” den türetilen ve batı dilinde "Adolescent" teriminin karşılığıdır (90). Adölesan dönemi çocuklukla yetişkinlik arasında yer alan, kendine özgü özellikleri ve sorunları olan bir süreçtir.

Adölesan dönemi, erken adölesan 12-14 yaş; orta adölesan 15-17 yaş; geç adölesan 18-21 yaş olarak sınıflandırılmaktadır. Her dönemde zihinsel, biyolojik, emosyonel ve sosyal gelişmeler görülmektedir (97). İlk adölesan dönemi (puberte), fiziksel ve endokrin sistem değişiklikleri ile başlar. Bu dönemde fiziksel ve fizyolojik değişimler ön plandadır. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemindeki adölesan bu değişikliklere ayak uydurmak durumundadır. Bedensel değişimler gencin ilgi odağıdır (110, 130). Orta adölesan dönemi yaklaşık 15-17 yaşlarına rastlamaktadır. Bu dönemde anne babadan duygusal olarak kopma ve bağımsızlığa adım atma başlar. Arkadaşlarıyla daha çok vakit geçirmek ister. Adölesan için yaşıt grubunun değerleri, grup kararları, giyimi, davranış biçimleri ailesininkinden daha önemlidir (110, 130). Geç adölesan döneminde, fiziksel gelişim düzene girmiş, biyolojik olgunluğa erişilmiştir. Bu dönemde meslek seçimi ve özerk bir birey olma çabaları söz konusudur. Adölesan, kendi kimliğini oluşturma çabasındadır. Bu dönemin gelişimsel rolü, kimliğin kazanılmasıdır. Geç adölesan dönemi, kişinin yaşamda yolunu çizdiği, kendi sınırlarını diğer insanlarla karşılaştırarak deneme-yanılma yolu ile genişletme olanağı bulduğu bir dönemdir. Adölesan kendini ve toplumdaki rolünü tanımaya çalışır (110, 130). Erişkin döneme sağlıklı geçebilmesi için tüm bu basamakların başarılanması gerekmektedir.

Adölesanların büyük çoğunluğu bu süreci sağlıklı ve sorunsuz bir şekilde geçirir ancak kanser gibi bir hastalık adölesanın bu dönemde kazanması gereken özellikleri olumsuz yönde etkileyebilir (11, 35, 46, 67, 69).

Psikolojik ve fizyolojik değişikliklerin çok ve hızlı olduğu bu dönemde kanser tanısı alan adölesanlar ister kanser tanısını yeni almış olsun, ister tedavisi bitmiş olsun baş etmesi ve uyum yapması gereken birçok sorun ve değişim yaşar. Yeni tanı aldığı anda, tedavi süresince ya da tedavi bittikten sonra adölesan ve ailesinin yaşadığı sorunlar, yaşamındaki değişiklikler ve başatma yöntemleri farklılıklar göstermektedir.

Kanser tedavisi bittikten sonra adölesanlarda birçok sorun görülmeye devam etmektedir (24, 30, 31, 55, 63, 66). Bu sorunlar çocukluk kanserinin ve tedavisinin uzun dönem etkilerindedir. Yaklaşık olarak 10 kişiden 7'si çocukluk kanserinden başarıyla tedavi olmakta iken en azından biri tıbbi sorun yaşamaktadır (85).

## **2.1.2. KANSER TEDAVİSİ SONRASI GÖRÜLEBİLECEK SORUNLAR**

Kanser tedavisi bittikten sonra adölesanlarda görülebilecek sorunlar fizyolojik, psikososyal, bilişsel olarak sınıflandırılabilir.

### **2.1.2.1. Fiziksel Sorunlar**

Büyüme ve gelişme düzensizlikleri, infertilite, kalp sorunları, obezite, kas-iskelet anormallikleri, kilo kaybı, amputasyon ve ikincil tümör gelişimi tedavisi biten kanserli adölesanlarda ortaya çıkan fiziksel sorunlar arasında yer almaktadır (11, 24, 59, 70).

Kemoterapi ve radyoterapi sonucunda birçok fiziksel sorun ortaya çıkmaktadır. Sık kullanılan antineoplastik ilaçların çoğu, değişik organlarda çeşitli toksisiteler oluşturmakta ve kemoterapiyi takiben uzun süre yaşayan hastalarda, geç toksik etkiler görülmektedir. Hem radyoterapi hem de kemoterapi sperm üretim yeteneğini azaltmaktadır. Sperm üretimindeki yetersizlik erkeklerin baba olma yeteneğini etkiler. Yumurtalık fonksiyonunun etkilenmesi sonucunda da kızlarda fertilitate azalması, zamansız menapoz ve adet gecikmesi riski vardır (100, 118, 131). Sklar ve arkadaşları (2006) tarafından tedavisi biten 2819 çocuk ve 1065 kız kardeşin karşılaştırıldığı çalışmada, tedavisi bitenlerin 126'sında, kız kardeşlerin ise 33'ünde erken menapoz geliştiği belirlenmiştir (107).

Çocukluk kanserlerinin tedavisinde kullanılan, antrasiklinler olarak bilinen ilaçların bir kısmı, kalp fonksiyonlarını azaltmaktadır. Tedavisi biten çocuklarda kapak hastalığı, iletim defektleri, aritmiler ve kardiyomiyopati gibi kalp sorunlarının görüldüğü saptanmıştır (2).

Radyoterapinin kemoterapi ile birlikte ya da tek başına uygulanması, metabolik dengesizliklere de yol açmaktadır. Çocukluk çağında lösemi tedavisi gören çocukların, yüksek beden kitle indeksi'ne sahip olup obeziteye eğilimli olduğu belirlenmiştir (106). Kanser tedavisi alan çocuklarda uzun süreli kortikosteroid tedavisi, kranial radyoterapi (KRT), fiziksel aktivitede azalma ve yetersiz enerji tüketimi obezite gelişiminde rol alan önemli faktörlerdir (83, 86). Oeffinger ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada obezite riskinin kranial radyoterapi (KRT) alanlarda, almayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (85).

Tedavisi biten çocuklarda, özellikle kranial radyasyon (CRT) alan kişilerde büyüme hormonu yetersizliği yaygın görülmektedir (48, 55, 105). Radyasyon tedavisinde 30 Gy üzerinde doz alan beyin tümörlü çocukların %60-80'inde tedaviden sonraki 1-5 yıl içinde büyüme hormonu aktivitesinin bozulduğu belirlenmiştir (105).

Radyasyon tedavisi alıp kurtulanlarda ışın alınan bölgelerde ikincil kanserlerin gelişme riski yüksek bulunmuştur (1, 7, 56, 118, 131). Radyasyon tedavisinin genç insanlarda kemik ve kasların gelişmesi üzerine ciddi etkisi vardır. Kemikler, yumuşak doku, kaslar ve kan damarları hızlı büyüme esnasında radyasyona çok duyarlıdır. Radyasyon tedavisine bağlı olarak çocuklar ve adölesanlarda kemiklerin büyümesinin engellenmesi, osteoporoz (kemik erimesi) ve eklem problemleri meydana gelebilir (51, 118, 131). Tedavisi biten 71 çocuğun, büyüme ve kemik gelişimlerinin incelendiği araştırmada, boy persentillerinde anlamlı azalma olduğu ve radyoterapinin boy persentilindeki gerilemede önemli bir etken olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %63'ünde kemik mineralizasyon bozukluğu (osteopeni veya osteoporoz) saptanmıştır (62).

Tedavi sonrası görülebilecek sorunlardan biri de fiziksel aktivitede azalmadır. Keats ve arkadaşları (2006) tarafından, kanser tedavisi biten 15-20 yaşlarındaki 97 adölesan üzerinde, fiziksel aktivite davranışlarını incelemek amacıyla yapılan araştırmada tedavi sonrasında adölesanların fiziksel aktivitelerinde belirgin bir düşüş olduğu saptanmıştır (64). Sundberg ve arkadaşlarının (2008) tedavisi biten 246 adölesan üzerinde yaptıkları çalışmada, %68'inin hayatlarının en az bir olumsuz sonuçtan etkilendiği belirlenmiştir. En çok bildirilen olumsuz sonuçlar arasında fiziksel zorluklar ve etkinliklere katılmada sınırlamalar yer almaktadır (112).

Radyasyondan özellikle göz en fazla etkilenen organdır. Çocuklar ve adölesanlarda radyasyon görme zayıflığı, katarakt ve göz uyumunun yavaşlamasına sebep olmaktadır. Whelan ve arkadaşları (2009) tarafından, tedavisi biten çocuklar (n= 14362) ile kardeşlerinin (n=3901) karşılaştırıldığı çalışmada, tedavi sonrası 5 yıl ve daha fazla hayatta kalan çocuklarda katarakt, glokom, körlük, çift görme ve kuru göz riskinin arttığı saptanmıştır (119).

Kemoterapik ajanlar ve antibiyotikler tedavi bittikten sonra işitme kaybına neden olmaktadır. Gurney ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında tedavisi biten 137 çocuğun, 43'ünde işitme kaybı olduğu saptanmıştır. İşitme kaybı olan çocukların psikososyal zorluklar ve akademik öğrenme problemleri yaşama riskinin arttığı belirlenmiştir (50). Radyasyon

tedavisi diş çürüğüne yol açabilir, küçük çocuklarda ise dişlerin gelişmesinde gecikme olabilir (17, 26, 131).

Tedavisi biten adölesanlarda yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen bu fiziksel sorunların yanı sıra psikosoyal sorunlar da görölmektedir. Yukarıda belirtilen fiziksel sorunlar da psikosoyal sorunların gelişme riskini arttırmaktadır.

#### **2.1.2.2. Psikosoyal sorunlar**

Adölesan dönemi, psikosoyal değişimlerin olduğu bir dönemdir. Bu dönemde tedavi sonrası görölen psikosoyal sorunlar bu dönemin daha zor geçirilmesine neden olabilir. Adölesanlarda tedavi tamamlandıktan sonra depresyon, anksiyete, posttravmatik stres bozukluğu, davranış ve uyum sorunları, benlik saygısında azalma gibi psikolojik sorunlar görölebilmektedir. Bu sorunların özellikle adölesanların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır (4, 8, 25, 63, 88, 127).

Ortaokul ve lisede okul çevresindeki değişiklikler, farklı akran grupları, artan sorumluluk, özgürlük ve soyut düşünme yeteneğinin ortaya çıkması adölesanların kendilerini yaşıtlarıyla kıyaslamasına neden olur. Adölesanların fiziksel görünüşlerindeki değişimler nedeni ile yaşıtlarına göre olumsuz bir beden imajına sahip oldukları belirlenmiştir (92). Boman ve arkadaşlarının (2000), tedavisi biten 30 adölesan üzerinde yaptıkları çalışmada kendilerine daha az değer verdikleri, sosyal fobilerinin fazla olduğu ve olumsuz beden algısına sahip oldukları saptanmıştır (15).

Çocukluk kanseri tedavisini bitirenler (n=5736) ile sağlıklı akranlarının karşılaştırıldığı (n=2565) çalışmada, tedavisi biten çocuklarda daha fazla depresyon ve somatik distress semptomlarının göröldüğü belirlenmiştir (127).

Posttravmatik stres bozukluğunu tedavisi biten çocukların yüksek oranda yaşadıkları belirlenmiştir (59, 72). Bu stresin hastalığı ve tedaviyi algılama düzeyini, kaygıyı ve uyumu etkilediği belirlenmiştir. Stuber ve arkadaşları (1996) tarafından, 7-19 yaşlarında lösemi tedavisi biten 64 çocuk üzerinde yapılan çalışmada başarılı tedaviden 12 yıl sonrasında da çocukların ve ebeveynlerinin travma sonrası stress semptomları gösterdikleri saptanmıştır (111).

Tedavisi biten adölesanların, hastalık (alevlenme) korkusu/ geleceğin belirsizliği ve güvensizliği, özgüvende hasar ve otonominin değişmesi gibi psikosoyal sorunlar yaşama risklerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (92). Buna karşın Bauld ve arkadaşları (1998)

tedavisi biten adölesanların hastalıkta ve hastalık sonrasında görülen fiziksel ve psikolojik sorunlarla başa çıkabildikleri saptanmıştır (11).

Kanserli çocuklarda görülen psikososyal sorunları belirlemeye yönelik yapılan çalışmaların çoğunda kontrol kaybı, rölaps korkusu, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma gibi çocuğun yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen psikososyal sorunların farklı düzeylerde yaşandığı görülmektedir (59, 63, 67, 71, 111, 127).

### **2.1.2.3. Nörobilişsel sorunlar**

Kanser tedavisi biten adölesanlar psikososyal sorunların yanında, okul performansı ve akademik başarılar konusunda da zorluk çekmektedirler (87). Bu bilişsel zorlukların bazıları öğrenim güçlüğü, hafızada zayıflama, dikkat bozukluğu, konuşamama ve okul içi davranış problemleridir (52, 91, 109, 118).

Bilişsel problemlerin birçok nedeni olabilir. Kranial radyasyon ve kemoterapi alan çocukların sadece kemoterapi alan ya da sağlıklı yaşlıtlarına göre daha zayıf öğrenme ve entelektüel becerilerinin olduğu belirlenmiştir (42).

ALL'li çocukların tedavisinde 1980'li yılların ortalarına kadar santral sinir sistemine radyasyon kullanılmaktaydı. Günümüzde bu tedaviye bağlı bazı nörofizyolojik bozukluklar olduğu saptanmıştır. Radyoterapi alan ALL'li çocuklarda öğrenme güçlüğü, hafızada zayıflama, konuşamama, akademik başarıda azalma, görme ve motor fonksiyonlarda azalma gibi sorunlar olduğu saptanmıştır. Kranial radyasyon alan ALL'li çocukların nöroradyolojik çalışmalarında beyaz cevherde anormallikler, kalsifikasyonlar ve parankimal atrofiler olduğu ve akademik başarılarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (65). Beyin tümörü olan özellikle tüm beyine radyasyon alan çocuklarda nörobilişsel değişikliklerin olduğu saptanmıştır (122).

Çocuğun tedavi, kontrol ya da hastaneye yatma nedeniyle okula devamsızlığının artması, öğrenme fırsatlarını azaltır ve akademik başarısızlığa yol açar (93, 109).

Boman ve arkadaşlarının (2004) tedavisi biten genç yetişkinlerde hastalığın ve tedavinin uzun dönemli sosyal etkilerini inceledikleri çalışmada, tedavisi bitenlerin akademik (üniversite) eğitimine daha az başvurdukları belirlenmiştir. Tedavisi biten adölesanların sadece %20'si üniversiteye katılırken aynı yaştaki adölesanlarda bu oran %41 bulunmuştur (16). Haupt ve arkadaşları (1994) tarafından, ALL tedavisini bitiren adölesanlar (n=593) ile kardeşlerinin (n=409) eğitim başarısı karşılaştırıldığında, tedavisi biten adölesanların özel eğitim gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır (54).

Öğrenme güçlüğüünün, tedavisi biten 6-18 yaşları arasındaki çocuk ve adölesanların sosyal becerilerini ve uyumlarını büyük ölçüde etkilediği belirlenmiştir (82).

Görüldüğü gibi tedavisi bittikten sonra adölesanlarda görülen fizyolojik, bilişsel, psikososyal sorunlar adölesanların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir.

### **2.1.3. YAŞAM KALİTESİ**

Yaşam kalitesi kavramı, basit bir kavram gibi görünmesine rağmen, oldukça geniş kapsamlıdır. Bu kavram, yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder. Kaliteli bir yaşam için herhangi bir kriter yoktur, bu nedenle yaşam kalitesi kavramı soyuttur, tanımları farklıdır, görecelidir ve ölçülmesi zordur (43).

Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, geliri, içinde yaşadığı konutun kalitesi, arkadaşlık ilişkileri, fiziksel aktivite ve sosyal roller gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır (38).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini “İçinde yaşadıkları kültür ve değerler doğrultusunda; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması” olarak tanımlamaktadır (120).

Yaşam kalitesinin hastalıklarca etkilenen yönünü içeren ve çok boyutlu bir terim olarak kullanılan Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) ise hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (40, 117).

Çocuklarda SİYK ile ilgili çalışmalara ilk kez 80'li yıllarda rastlanmaktadır. Herndon ve arkadaşları 1986 yılında, ağır yanığı olan 12 çocukta yaşam kalitesini fiziksel işlevsellik, yanık izi derecesi, psikososyal uyum ile değerlendirmişlerdir. Henning ve arkadaşları (1988) ise son dönem böbrek hastalığı olan çocukların yaşam kalitelerini bu çocukların boylarını ve davranışlarını göz önüne alarak incelemişlerdir (32). Çocuklarda yapılan bu ilk değerlendirmelerin basit düzeyde yapılmış olmasına rağmen Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin gelişimine öncülük etmeleri açısından önemli oldukları belirtilmektedir (32).

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinde, kişinin işlevsel becerisini, psikososyal iyilik halini, sosyal destek durumunu ve yaşamdan memnuniyetini değerlendirmek için ya da hastalık belirtilerini ve klinik durumu sorgulamak için bazı ölçekler geliştirilmiştir. SİYK ölçüm

araçları genel ve özel ölçekler olarak iki gruba ayrılmaktadır. Genel ölçekler hem sağlıklı hem de hasta bireylerde kullanılabilen, karşılaştırma yapma olanağı sağlayan, geniş kitlelere uygulanabilen ölçüm araçlarıdır (32, 42).

Çocuklarda YK'nin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm araçları erişkinlerden bazı farklılıklar içermektedir. Erişkinlerde YK'ni değerlendirirken kullanılan alanlardan bir tanesi olan fiziksel işlevselliği değerlendirebilmek için iş yaşamı, öz bakım, aile içindeki görevler, merdiven çıkabilme, evi süpürebilme gibi aktiviteler değerlendirilirken, çocuklarda yemek yiyebilme, kendi başına tuvalete gidebilme, banyo yapabilme, ufak gündelik işleri yerine getirebilme ve oyun oynama gibi aktiviteler değerlendirilmektedir (29, 53, 76). Erişkinlerde sosyal işlevsellik değerlendirilirken okul alanı ya da arkadaş ilişkisi çok önemli değildir, ancak çocuklarda yapılan sosyal işlevsellik değerlendirmesinde arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi önemli bir yer tutmaktadır. Duygusal ve bilişsel işlevsellik, beden imgesi, özerklik, aile içi ilişkiler, gelecekte beklenenler gibi alanların da erişkin, adölesan ve çocuk yaş grubu içinde farklı ele alınması gerektiği, tüm bu nedenlerle erişkinlerde kullanılan ölçeklerin adölesanlarda, adölesanlar için geliştirilen ölçeklerin de çocuklarda kullanılması uygun olmadığı belirtilmektedir (29, 53, 76).

Son yıllarda kanser tedavisindeki gelişmelerle birlikte yaşam süresinin artması hem hastaların hem de sağlık personelinin ilgisini tedavi sonrası yaşam kalitesine yönlendirmiştir. Günümüzde çoğu hastalık tedavi edilebilmektedir. Buna bağlı olarak kronik hastalıklar ile daha uzun süre yaşama zorunluluğu doğmuştur. Artık tedavi ile elde edilen yaşamın süresinden çok, kalitesi önem kazanmıştır.

Bireyin SİYK'nin bilinmesi tedavi öncesi ve sonrasını değerlendirmek, sağlık politikalarına yön verebilmek ve tıbbi araştırmaları yapabilmek için önemlidir (21, 40). Çocukların yaşam kalitesini arttırmak için, tedavi sonrası görülen sorunları ve yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik araştırmaların sayısı artmaya başlamıştır.

Meeske ve arkadaşları (2007) tarafından tedavisi biten çocukların sağlıklı akranları ile karşılaştırıldığı çalışmada yaşam kalitesinin bütün alanlarından (fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal, okul) aldıkları puanların düşük olduğu belirlenmiştir (80). Yapılan başka bir çalışmada tedavisi biten (n=400) çocukların fiziksel ve sosyal sağlık puanı, kontrol grubundaki (n=560) çocuklardan daha düşük bulunmuştur (71). Wu ve arkadaşları (2006) tarafından tedavisi biten 226 adölesanın sağlıklı akranlarına göre yaşam kaliteleri arasında fark olmadığı belirlenmiştir (121).



Kanser tedavisi biten çocukların yaşam kalitelerinin sağlıklı kontrol grubundaki çocuklar ile karşılaştırıldığı diğer çalışmalarda da yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal, duygusal, okul ve psikososyal sağlık puanlarının en az birinin düşük olduğu belirlenmiştir (50, 104, 108, 123, 127).

#### **2.1.4. KANSER TEDAVİSİ SONRASI ADÖLESANIN YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN ETMENLER**

Kanserin, yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin cinsiyet, ilk tanı yaşı, tanı, uygulanan tedavi gibi etmenler ile anne babanın eğitim durumu, anne babanın çalışma durumu ve ailenin gelir durumuna bağlı olarak değişebildiği belirtilmektedir (101, 127, 129).

**Çocuğun cinsiyeti**, yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Alessi ve arkadaşları (2007) tarafından tedavisi biten çocukların yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada erkeklerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kızlardan daha iyi olduğu saptanmıştır (3). Langevelde ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada adölesan dönemindeki erkeklerin benlik saygısının, kızların benlik saygısından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (71). Wu ve arkadaşları (2006) tarafından tedavisi biten adölesanlar üzerinde yapılan çalışmada ise, kızların erkeklerden daha düşük fiziksel, psikososyal, bilişsel sağlığa ve beden imajına sahip oldukları saptanmıştır (121).

Tedavisi biten kızların erkeklerden daha fazla olumsuz beden imajına ve psikolojiye sahip oldukları belirlenmiştir (112). Tedavisi biten erkeklerin ise geleceğe yönelik, kızlardan daha olumsuz bakış açısına sahip oldukları saptanmıştır (11, 92).

Zeltzer (1993) çocukluk çağında kanser hastalığı olan adölesan ve genç erişkinlerle yaptığı çalışmada erkeklerde yeniden kanser gelişeceği kaygısı, bedensel şikayetlerde artış, akademik başarıda düşüş gibi sorunların daha sık görüldüğünü, kızlarda ise ileride doğurganlık ve doğacak çocuklarının sağlıkları ile ilgili kaygıları olacağı belirlenmiştir (128).

Kızlarda tedavi sonrasında görülebilecek fiziksel sorunlardan obezite sıklığının erkeklere göre daha fazla olduğu saptanmıştır (84).

**İlk tanı alma yaşı**, çocuğun yaşam kalitesini etkilemektedir. Adölesan döneminde kanser tanısı alanların çocukluk döneminde tanı alanlara göre yaşam kalitelerinin daha fazla etkilendiği belirlenmiştir (11). Çocuk yaşta tanı alanların büyük çoğunluğunun, hastalık ve tedavi sırasındaki yaşadıkları güçlükleri adölesanlık dönemlerine taşıdıkları ve daha fazla psikososyal zorluklar yaşama riski altında oldukları görülmektedir (15, 46, 92). Servitzoglou

ve arkadaşlarının (2008) tedavisi biten adölesanlarla yaptığı çalışmada, çocuk yaşta tanı alanların daha çok anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (102). Çocuk yaşta tanı almanın çocuğun akademik başarısında da önemli bir etken olduğu belirlenmiştir (65). Çocuk yaşta tanı alanlarda tedavi sonrasındaki fiziksel sorunlardan büyüme hormonu yetersizliği (BHY) riskinin arttığı görülmüştür. 10-19 yaşları arasında tanı alan adölesanlar ile karşılaştırıldığında, 5 yaşından önce tanı alanlarda BHY oranının 5 kat artmış, 5-9 yaş arasında tanı alanlarda ise BHY oranının 3 kat artmış olduğu saptanmıştır (49).

**Çocuğun aldığı tanı,** yaşam kalitesini etkileyen bir diğer etmendir. Eiser ve arkadaşlarının (2003), ALL ve MSS kanser tedavisini bitiren 88 çocuk ve ailesinin yaşam kalitesini değerlendirmek için yaptığı çalışmada, ALL tedavisi biten çocukların, MSS tümör tedavisini bitiren çocuklara göre yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır (30). MSS tümör tedavisini bitirenlerin fiziksel sağlık ve psikososyal ölçek puanının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Chou ve arkadaşlarının (2009) tedavisi biten 98 çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada Lösemi tanısı alan çocukların, MSS tümörü tanısı alan çocuklardan daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır (19). Hinds ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, Osteosarcoma tanısı almış adölesanların yaşam kalitelerinin AML tanısı alanlara göre daha fazla etkilendiği saptanmıştır (58). Yapılan araştırmalarda ALL tanısı alan çocukların kemoterapi ve radyoterapi ile tedavi edildikleri dönemde, akademik başarı ve öğrenimlerinin zayıfladığı belirlenmiştir (109, 118). Sieniawski ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada ise, Hodgkin lenfoma tanısı alan erkek adölesanlarda infertilite gelişme riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir (103). Osteosarcoma tanısı alıp tedavisi biten çocuklarda diğer tanılara göre ikincil tümör gelişme riskinin yüksek olduğu saptanmıştır (7). Tedavisi biten lösemi ve lenfoma tanılı (n=16540) çocuklardan 133'ünde ikincil tümörlerin geliştiği belirlenmiştir (77). Leung ve arkadaşları (2000) tarafından AML tedavisi biten 77 adölesan üzerinde geç etkilerin araştırıldığı çalışmada, %51'inde büyüme anormallikleri, %30'unda nörobilişsel anormallikler, %16'sında endokrin anormallikler, %12'sinde katarakt ve %8'inde kardiyak anormallikler saptanmıştır (73). Bluhm ve arkadaşları (2008) tarafından, Non-hodgkin lenfoma tedavisini bitiren 1082 çocuk üzerinde yapılan araştırmada, tedavi sonrasındaki 5 ile 20 yıl arasında 27 çocukta ikincil tümör geliştiği saptanmıştır (14). Yapılmış olan araştırmalarda tedavi sonrasında görülen sorunların çocukların yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilediği belirlenmiştir (8, 25, 59, 91)

Barrera ve arkadaşları (2005) tarafından tedavisi biten 800 çocuk ve 923 kontrol grubu eğitim başarısı açısından karşılaştırıldığında, özellikle MSS tümör, lösemi ve nöroblastoma tedavisi bitirenlerin eğitim başarısının düşük olduğu saptanmıştır (10).

**Tedavi**, adölesanların yaşam kalitesini etkileyen bir diğer faktördür. Kanserde uygulanan tedavilerin, hastanın çeşitli fiziksel, bilişsel ve psikolojik travmalar yaşamasına neden olduğu saptanmıştır (11). Birden fazla tedavi protokolü ile tedavi edilenlerin yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilendiği belirlenmiştir (78). Yoğun kemoterapi alanlarda daha fazla somatik ve depresif belirtiler saptanırken, yüksek doz steroid kullanımının tıbbi komplikasyonlara yol açarak çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (127). Kısa tedavi gören çocukların psikolojik sonuçlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (15). Lofstad ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında yalnız kemoterapi alan ALL'li adölesanlar ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırıldığında ALL'li adölesanların sözel IQ 'larının düşük olduğu saptanmıştır (75). ALL kanseri olan çocukların kemoterapi ve merkezi sinir sistemine radyoterapi ile tedavi edildikleri dönemde, akademik başarı ve öğrenimlerinin zayıfladığı saptanmıştır (118).

**Ebeveynlerin eğitim durumu, çalışma durumu ve ekonomik durumu**, gibi çeşitli etmenlere bağlı olarak kanserin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin değişebildiği de belirtilmektedir. Kronik hastalığı olan çocuklarda sosyoekonomik durumun ve anne eğitiminin düşük olması risk faktörleri olarak belirlenmiştir (115). Sosyoekonomik durumun tedavi sonrasında psikososyal ve fiziksel fonksiyonlar üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (81, 127). Düzovalı ve arkadaşları (2000)'nin 320 çocuk üzerinde yaptığı çalışmada, kanserli çocukların tedavisini aile gelirin düşüklüğü ve ailenin eğitim durumunun etkilediği belirlenmiştir (27).

Yapılan başka bir çalışmada ailenin düşük sosyoekonomik gelire sahip olmasının çocuğun psikososyal durumunu olumsuz olarak etkilediği belirlenmiştir (127). Üniversite mezunu ebeveynlerin çocuklarının benlik saygılarının, eğitim düzeyi düşük ebeveyn çocuklarına göre yüksek olduğu saptanmıştır (10).

### 2.1.5. HEMŞİRENİN ROLÜ

Günümüzde kanserli hastaya yaklaşım çok boyutlu ve multidisipliner bir hizmeti gerektirmektedir. Kanserin önlenmesi, erken tanı, tedavi, yaşamın son dönemi ve tedavi sonrası her dönemde çocukların yaşadığı sorunlar ve verilecek hizmetler farklılık göstermektedir.

Kanserli çocuk sayısındaki artışla birlikte yaşam süresinin uzaması özellikle son yıllarda yaşam kalitesinin önemini arttırmıştır. Kanserli çocukların tedavi ve bakımındaki bu değişim pediatrik onkoloji hemşiresinin rol ve sorumluluklarının da genişlemesine ve daha önem kazanmasına neden olmuştur.

Hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde sağlık ekibi içinde pediatrik onkoloji hemşiresine büyük sorumluluklar düşmektedir (113).

#### **Pediatrik onkoloji hemşiresinin yapması gerekenler;**

➤ Hemşire çocukları tedavi sonrası düzenli aralıklarla izlemelidir. Hemşire tedavi sonrası görülebilecek fiziksel, psikososyal ve bilişsel sorunları değerlendirmelidir.

**Fiziksel olarak;** çocuğun boy, kilosu, vücut kitle indeksi, kalp problemleri, diş problemleri, göz problemleri, kas-iskelet anormallikleri ve diğer fiziksel sorunları değerlendirilmelidir (2, 48, 56, 62, 86).

**Psikososyal olarak;** çocukta depresyon, anksiyete, posttravmatik stres bozukluğu, davranış ve uyum sorunları, benlik saygısında azalma gibi psikolojik sorunları değerlendirilmelidir (59, 127).

**Nörobilişsel olarak;** çocukta öğrenim güçlüğü, okul performansı ve akademik başarıda düşme, hafızada zayıflama, dikkat bozukluğu, konuşamama ve okul içi davranış problemleri gibi sorunları değerlendirilmelidir (10, 16, 109).

➤ Pediatrik onkoloji hemşiresi adölesanlarda görülebilecek sorunları, adölesan ve ailesinin gereksinimlerini belirledikten sonra sorunları ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerini belirlemelidir. Tedavisi biten adölesan ve ailesinin en fazla bilgi gereksiniminin olduğu görülmektedir.

Kanserli çocuk ve aileleri, sağlıklarıyla ilgili kararlara katılmak, hastalık ve tedaviyle ilgili semptomları kontrol altına almak ve kanser deneyimiyle baş etmek için bilgiye gereksinim duymaktadırlar. Kanserli çocuk ve ailelerin bilgilendirilmesi pediatrik onkoloji hemşiresinin temel rollerinden birisidir. Problem meydana gelmeden önce bilgi verilmesi,

hasta ve ailesinin korku ve anksiyetelerini ve kanser tedavisinin bazı yan etkilerini azaltmaktadır (113).

Yapılan araştırmalarda kanser hastalarının hastanede yattıkları süre içinde en sık ifade ettikleri bilgi gereksinimleri aşağıda belirtilmiştir:

- **Taniya ilişkin bilgi gereksinimi** (Kanserin tipi, evresi, nedenleri...)
- **Önceki tedavisine ilişkin bilgi gereksinimi** (Tedavinin amacı, ilaçlara ilişkin bilgi, yan etkileri, tedaviyi almazsa ne olacağı)
- **Yan etkilere ilişkin bilgi gereksinimi** (İlacın fertiliteye, kardiyak fonksiyonlara, güneşlenmeye, akademik başarıya, farkında olunması gereken semptom ve problemlere etkisi) (13, 17, 41, 60)
- **Gelecekte dikkat edilmesi gereken konulara ilişkin bilgi gereksinimi** (Kanser tedavisini bitiren birisi olarak ilişki kurmak, sosyal hayatına olan etkileri, evlilik, doğum ve infertilite konuları, iş bulma, eğitim, sağlık sigortası, yurt dışı ziyaretleri) (17, 41, 45, 60).

Hemşire belirlediği gereksinimlere ilişkin bilgiyi vermeli ve diğer girişimlerini de planlamalıdır.

➤ Fiziksel sorunların önlenmesi için fiziksel aktiviteleri düzenlenmeli ve bu konuda çocuk ve aileye danışmanlık yapılmalıdır.

➤ Hemşire, çocuğun hastalığının, aile üyeleri üzerindeki olası psikolojik etkilerinin ve onların kanser tanısına ve tedavisine ilişkin duygusal tepkilerinin farkında olmalıdır. Hemşire açık iletişimi sağlayarak aile üyelerini kanserle ilgili düşünce ve duygularını ifade etmeleri için desteklemelidir. Psikolojik sorunları belirlediğinde çocukların ve ailenin uzmanlardan destek almalarına yardımcı olmalıdır.

➤ Çocuğun yeniden okula dönüşünde ve eğitimini sürdürmesinde hemşirenin çok önemli rolü vardır. Hemşire sağlık ekibinin diğer üyeleriyle de işbirliğine giderek hastane, okul ve ebeveynler arasındaki iletişimi ve koordinasyonu sağlamalıdır.

Hemşirenin okul yöneticileri, öğretmenler ve çocuğun arkadaşlarına bilgi vereceği konular arasında;

- Çocuğun hastalığı ve tedavisi
- Çocuğun sağlık durumu ve bunun çocuğun okula devamını nasıl etkilediği,
- Çocuğun okula dönüşle ilgili duyguları,
- Çocuktan gerçekçi beklentiler içinde olunması,
- Çocuğa karşı aşırı koruyucu davranmama,

- Tedavi ve tanıya bağlı çocuğun davranışlarındaki değişiklikler (kavgacı, içe kapanma, sosyal izolasyon v.s.),
- İlaçların çocuğun öğrenmesi ve akademik başarı üzerine olabilecek etkileri,
- Enfeksiyon hastalıklarına ilişkin önlemler yer almalıdır (34, 79).

Pediyatrik onkoloji hemşiresinin, bakıma yönelik plan ve uygulamaları yapabilmesi için yeterli mesleki bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir. Hemşirenin iyi bir hizmet verebilmesi için yenilikleri izlemesi ve hasta bakımında kullanması gerekir (46, 118).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Türü**

Araştırma, tedavisi biten kanserli adölesanların yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Şubat 2009- Eylül 2009 tarihleri arasında İzmir’de kanserli adölesanların tedavileri bittikten sonra kontrol amacıyla izlendikleri kurumlarda yapılmıştır. Bu kurumlar arasında; Dokuz Eylül Üniversitesi Muzaffer Müfit Kayhan Onkoloji Hastanesi, Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Polikliniği yer almaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırma örneklemini,

- Kanser tedavisini bitiren,
- Kanser tedavisini en az 3 ay önce tamamlayan,
- 13-18 yaş arasında,
- Okuma/yazma bilen,
- Gelişimini etkileyen bir hastalığa sahip olmayan (Down sendromu vb.) ve
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 90 adölesan oluşturmuştur.

#### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında, tedavisi biten kanserli adölesanların ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek için ‘Bilgi Formu’, adölesanların yaşam kalitesini belirlemek için ‘Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği’ adölesan (13-18 yaş) formu kullanılmıştır.

##### **3.4.1. Bilgi Formu**

“Bilgi Formu” adölesan ve ebeveynlere yönelik tanıtıcı özelliklerin toplanması için gerekli soruları kapsamaktadır. Bilgi Formu’nda adölesanlara yönelik; adölesanın yaşı, cinsiyeti, ilk tanı alma yaşı, aldığı tanı, uygulanan tedaviyi belirlemeye ilişkin sorular yer almaktadır. Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini tanımlamaya yönelik ise; annenin ve babanın

eğitim durumu, anne ve babanın çalışma durumu ve ebeveynlerin ekonomik durumunu belirlemeye y3nelik toplam 12 soru bulunmaktadır.

### **3.4.2. Çocuklar için Yaşam Kalitesi 3leği (İYK3) (The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0))**

“ocuklar için Yaşam Kalitesi 3leği”(İYK3) 2-18 yaş grubundaki ocuk ve ad3lesanların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini 3lmek amacıyla James W.Varni tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir (123). Okul ve hastane gibi geniş pop3lasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan ocuk ve ad3lesanlarda kullanımı uygun olan bir yaşam kalitesi 3leğidir.

Çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi 3lümü hastalıklarının risklerini saptayabilmek, sağlık durumlarını 3znel olarak değerlendirebilmek, tedavi sonuçlarını izleyip aralarında karşılaştırma yapabilmek amacıyla kullanılmaktadır.

İYK3'n3n g3venirliğini değerlendirmede iç tutarlılık çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı ocuk formunda 0.88 bulunmuştur (125). İYK3'nin astım, romatoloji, kanser, diyabet ve ağrı alanlarında kullanılmak 3zere geliştirilmiş hastalığa 3zg3 alt mod3lleri de bulunmaktadır. İYK3'n3n kanser hastalarında kullanılmak 3zere geliştirilmiş “Pediatrik Kanser Yaşam Kalitesi 3leği” nin (PedsQL-32), ocuklar için yaşam kalitesi 3leği'nden (PedsQL 4.0) farkı, hastalık ve tedaviye ilişkin semptomları da sorgulamasıdır. Araştırmanın 3rneklemini tedavisi biten kanserli ad3lesanlar oluşturacağı için PedsQL 4.0 “ocuklar için Yaşam Kalitesi 3leği”nin kullanılması uygun g3r3lm3řt3r.

İYK3 2-18 yaş ocuk ve ebeveyn formundan oluşmaktadır. Araştırmada ad3lesan d3neminin yaşam kalitesi değerlendirildiği için 13-18 yaş ad3lesan formu kullanılmıştır. 3leğin 13-18 yaş için T3rke geçerlilik ve g3venirlik çalışması 2005 yılında Nursu akın Memik ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu alışmanın Cronbach alfa katsayısı ad3lesan formunda 0.82 olarak tespit edilmiştir (81). Bu alışma ile “ocuklar İçin Yaşam Kalitesi 3leği” nin 13-18 yaş ad3lesan formlarının 3lkemizde geçerli ve g3venilir olduğu, ad3lesanların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullanılabileceği saptanmıştır.



**Tablo. 1. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cronbach Alfa Sonuçları**

ÇİYKÖ Alt boyutları	Varni ve ark 2001 (2-18 yaş) (n=960)	Memik ve ark 2005 (13-18 yaş) (n=230)	Bu çalışmada (13-18 yaş) (n=90)
	İç tutarlılık*	İç tutarlılık*	İç tutarlılık*
FSTP	0.80	0.75	0.79
DİP	0.73	0.64	0.65
SİP	0.71	0.71	0.62
OİP	0.68	0.60	0.72
PSTP	0.83	0.79	0.97
ÖTP	0.88	0.82	0.99

\* Cronbach alfa katsayısı

ÇİYKÖ'nin kısa olması, yaklaşık 5-10 dakikalık bir sürede doldurulabiliyor olması, araştırmacı tarafından uygulanmasının ve puanlamasının kolay olması en önemli özelliklerindedir (81, 123, 124, 125, 126).

ÇİYKÖ 23 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul işlevselliği gibi alt alanları bulunmaktadır. Fiziksel sağlık 8, duygusal işlevsellik 5, sosyal işlevsellik 5, okul işlevselliği de 5 maddeden oluşmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP) (23 madde), İkinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP) (8 madde), Üçüncü olarak da duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) (15 madde) hesaplanmaktadır (123, 124, 125, 126).

Bu ölçek adölesanların son bir ayını sorgulamaktadır. 8-18 yaşları arasındaki çocuk ve adölesanlar için 5 seçenekli likert tipi ölçek geliştirilmiştir. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zamansa 100, nadiren ise 75, bazen ise 50, sıklıkla ise 25, hemen her zaman ise 0 puan almaktadır. Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Ölçekte eksik doldurulan maddelerin olması halinde doldurulmuş maddelerin puanları toplanmakta ve işaretlenmiş madde sayısına bölünmektedir. Ölçeğin %50'sinden fazlası doldurulmamış ise ölçek değerlendirilmeye alınmamaktadır. Sonuçta ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır (123, 124, 126).

### 3.5. Verilerin Toplanması

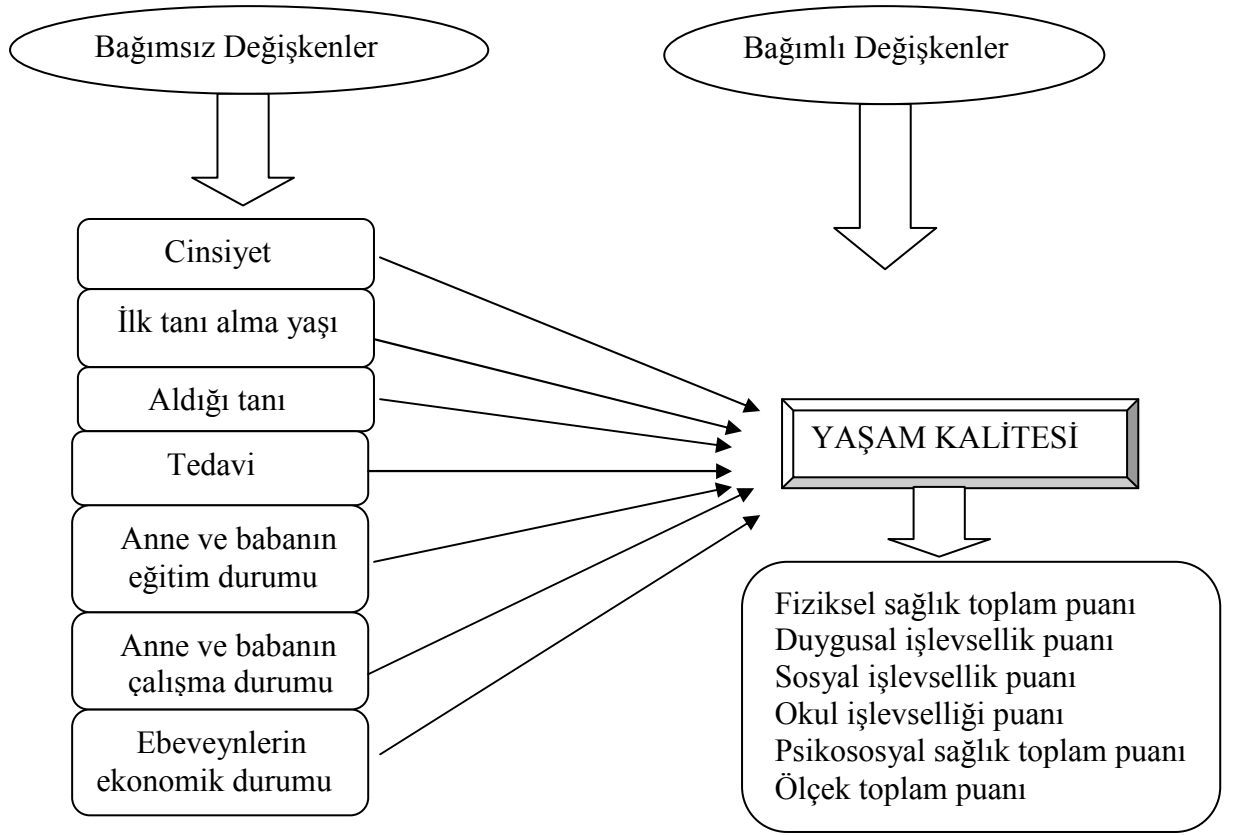
Veriler, araştırmanın yapıldığı hastanelerin polikliniğine, kontrol için gelen adölesanlarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 10 dk. sürmüştür. Tedavisi bitip 3 ay sonra poliklinik kontrolüne gelemeyen 1 adölesana hastane kayıtlarından ulaşılarak, kendisinden onay alındıktan sonra anketler internet yoluyla iletilmiştir.

### 3.6. Verilerin Analizi

Veriler SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında;

- Adölesanların ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerinin incelenmesinde **Sayı ve yüzdeler dağılımı,**
- Adölesanların cinsiyeti ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması **Bağımsız İki grupta t testi (independent t-testi),**
- Adölesanların ilk tanı alma yaşı ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması **Kruskal Wallis Testi,**
- Adölesanların aldığı tanı ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması **Kruskal Wallis Testi,**
- Adölesanların tedavisi ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması **Kruskal Wallis Testi,**
- Annelerinin eğitim durumu ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması **Kruskal Wallis Testi,**
- Babalarının eğitim durumu ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması **Kruskal Wallis Testi,**
- Annelerinin çalışma durumu ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması **Mann Whitney U testi,**
- Babalarının çalışma durumu ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması **Mann Whitney U Testi,**
- Ebeveynlerin ekonomik durumu ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması **Kruskal Wallis Testi,**
- İleri analiz için **Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi** kullanılmıştır.

### 3.7. Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın değişkenleri Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1- Araştırmanın Değişkenleri

#### 3.7.1. Bağımsız Değişkenler

**Cinsiyet:** Adölesanların cinsiyetleri “kız” ve “erkek” olarak gruplandırılmıştır.

**İlk tanı alma yaşı:** 0-1 yaş, 2-5 yaş, 6-12 yaş ve 13-18 yaş olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Verileri istatistiksel olarak uygun hale getirmek için analiz edilirken ilk tanı alma yaşı 0-5 yaş, 6-12 yaş ve 13-18 yaş şeklinde üç gruba ayrılmıştır.

**Aldığı tanı:** Adölesanların aldığı tanı; lösemi, lenfoma, MSS tümörü ve diğer (wilms tümörü, osteosarkoma, agresif fibromatozis, ewing sarkom, media blastoma) olmak üzere dört gruba ayrılmıştır.

**Tedavi:** Adölesanların aldığı tedavi; kemoterapi, cerrahi, kemoterapi- radyoterapi, kemoterapi- cerrahi, kemoterapi-radyoterapi- cerrahi olmak üzere beş gruba ayrılmıştır.

**Eğitim durumu:** Eğitim durumu; Okur-yazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olmak üzere altı gruba ayrılmıştır. Verileri istatistiksel olarak uygun hale getirmek için analiz edilirken annenin ve babanın eğitim durumu, “İlkokul ve altı”, “Ortaokul”, “Lise” ve “Üniversite” şeklinde dört gruba ayrılmıştır.

**Çalışma durumu:** Çalışma durumunda verileri istatistiksel olarak uygun hale getirmek için analiz edilirken annenin ve babanın çalışma durumu; “Çalışıyor” ve “Çalışmıyor” olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Babası vefat edenler çalışmadan çıkarılmıştır.

**Ekonomik durumu:** Ebeveynlerin ekonomik durumu “gelir giderden az”, “gelir gidere eşit” ve “gelir giderden fazla” olmak üzere üç gruba ayrılmıştır.

**3.7.2. Bağımlı Değişkenler:** Yaşam kalitesi fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik puanı, sosyal işlevsellik puanı, okul işlevselliği puanı, psikososyal sağlık toplam puanı ve ölçek toplam puanıdır.

### **3.8. Araştırma Etiği**

Araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu’ndan, Dokuz Eylül Üniversitesi Muzaffer Müfit Kayhan Onkoloji Hastanesi, Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetiminden yazılı izin alınmıştır.

#### **4. BULGULAR**

Bu bölümde, araştırmada yer alan tedavisi biten 90 adölesanın ve ebeveynlerinin tanıtıcı özellikleri ile bu özelliklerin yaşam kalitesine olan etkisini belirlemeye yönelik bulgular yer almaktadır.

##### **4.1. Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi**

Bu bölümde çalışmada yer alan adölesanların cinsiyet, yaş, ilk tanı alma yaşı, aldığı tanı, uygulanan tedavi gibi tanıtıcı özelliklerine yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 2. Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=90)**

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b><u>Cinsiyet</u></b>		
Kız	39	43.3
Erkek	51	<b>56.7</b>
<b><u>Çocuğun yaşı</u></b>		
13-15	34	37.8
16-18	56	<b>62.2</b>
<b><u>İlk tanı alma yaşı</u></b>		
0-1	1	1.1
2-5	7	7.8
6-12	40	44.4
13-18	42	<b>46.7</b>
<b><u>Aldığı tanı</u></b>		
Lösemi	29	32.2
Lenfoma	30	<b>33.3</b>
MSS tümörü	6	6.7
Diğer (Wilms tümörü, Osteosarkoma, Agresif fibromatozis, Ewing sarkom, media blastoma)	25	27.8
<b><u>Uygulanan tedavi</u></b>		
Kemoterapi	30	<b>33.3</b>
Cerrahi	4	4.4
Kemoterapi- radyoterapi	24	26.7
Kemoterapi- cerrahi	18	20
Kemoterapi-radyoterapi- cerrahi	14	15.6
<b>Toplam</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>

Örnekleme de yer alan 90 adölesanın tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo-2’de verilmiştir. Adölesanların %43.3’ü kız, %56.7’si erkektir. Çalışmada yer alan adölesanların yaş ortalaması  $X=15.98\pm 1.60$ ’tır. Adölesanların %46.7’si 13-18 yaş grubunda ilk tanısını almıştır. Adölesanların ilk tanı alma yaşı ortalaması  $X=11.18\pm 3.80$ ’dir. Adölesanların % 33.3’ü lenfoma, % 32.2’si lösemi, %27.8’si diğer (Wilms tümörü, Osteosarkoma, Agresif

fibromatozis, Ewing sarkom, media blastoma vb.) ve %6.7'si ile MSS tümörü tanısı almıştır. Adölesanların %33.3'ü kemoterapi, %26.7'si kemoterapi-radyoterapi, % 15.6'sı kemoterapi-radyoterapi-cerrahi, %20'si kemoterapi-cerrahi ve %4.4'ü yalnızca cerrahi tedavisi görmüştür.

#### 4.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde çalışmada yer alan ebeveynlerin eğitim durumları, çalışma durumları ve ekonomik durumları gibi tanıtıcı özelliklerini açıklamaya yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 3. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları**

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b><u>Annenin Eğitim Durumu</u></b>		
Okuryazar değil	6	6.7
Okuryazar	4	4.4
İlkokul	50	<b>55.6</b>
Ortaokul	8	8.9
Lise	19	21.1
Üniversite	3	3.3
<b><u>Babanın Eğitim Durumu</u></b>		
Okuryazar değil	1	1.1
Okuryazar	2	2.2
İlkokul	37	<b>41.1</b>
Ortaokul	23	25.6
Lise	12	13.3
Üniversite	15	16.7
<b><u>Annenin Çalışma Durumu</u></b>		
Çalışıyor	14	15.6
Ev Hanımı	71	<b>78.9</b>
Emekli	5	5.6
<b><u>Babanın Çalışma Durumu</u></b>		
Çalışıyor	62	<b>68.9</b>
Çalışmıyor	5	5.6
Emekli	20	22.2
Vefat	3	3.3
<b><u>Ailenin Ekonomik Durumu</u></b>		
Gelir Gidere eşit	59	<b>65.6</b>
Gelir giderden yüksek	11	12.2
Gelir giderden az	20	22.2
<b>Toplam</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>

Örneklemede yer alan 90 adölesanın ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo-3'te verilmiştir. Çalışmada yer alan annelerin %55.6'sı, babaların %41.1'i ilkokul mezunudur. Annelerin %78.9'u herhangi bir işte çalışmamaktadır. Babaların %68.9'u çalışmaktadır. Ailelerin %65.6' sının ekonomik durumu gelir gidere eşittir.

### 4.3. Adölesanların Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlarının İncelenmesi

Bu bölümde çalışmada yer alan adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları yer almaktadır.

**Tablo 4. Adölesanların Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (n=90)**

ÇİYKÖ	Ölçeğin En Düşük ve En Yüksek Puanı	Alınan En Düşük ve En Yüksek Puanı	Alınan Puanlar için X ± SS
Fiziksel Sağlık Toplam Puanı (FSTP)	0-100	13-100	78.54± 18.01
Duygusal İşlevsellik Puanı (DİP)	0-100	30-100	76.44± 17.19
Sosyal İşlevsellik Puanı (SİP)	0-100	20-100	91.27± 12.88
Okul İşlevsellik Puanı (OİP)*	0-100	0-100	71.07± 18.78
Psikososyal Sağlık Toplam Puanı (PSTP)	0-100	22-100	79.79± 12.94
Ölçek Toplam Puanı (ÖTP)	0-100	18-100	79.28± 13.87

\*Altı kişi okula gitmediği için OİP n= 84 alınmıştır.

Araştırmaya katılan kanserli adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Tablo-4'te gösterilmektedir. Araştırmaya katılan adölesanların ölçekten aldıkları puanlara bakıldığında fiziksel sağlık toplam puan ortalaması 78.54±18.01, duygusal işlevsellik puan ortalaması 76.44±17.19, sosyal işlevsellik puan ortalaması 91.27±12.88, okul işlevsellik puan ortalaması 71.07±18.78, psikososyal sağlık toplam puanı 79.79±12.94 ve ölçek toplam puan ortalaması 79.28±13.87 olarak bulunmuştur.

### 4.4 Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi

Bu bölümde ise tedavisi biten kanserli adölesanların tanıtıcı özelliklerinin, yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlarına etkisini incelemeye yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 5. Adölesanların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=90)**

ÇİYKÖ Cinsiyet	N	FSTP	DİP	SİP	OİP**	PSTP	ÖTP
		X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Kız	39	75.32±18.65	73.20±18.33	92.30±14.81	70.67±21.28	78.71±15.54	77.45±16.01
Erkek	51	81.00±17.29	78.92±16.00	90.49±11.28	71.38±16.80	80.62±10.63	80.68±11.95
Toplam	90	t= 1.493 p=0.139	t= 1.576 p=0.119	t=0.661 p=0.510	t=0.170 p=0.865	t=0.689 p=0.493	t=1.097 p=0.276

\*ÇİYKÖ= Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

\*\* Altı kişi okula gitmediği için OİP n= 84 alınmıştır.

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı)

Cinsiyetlerine göre adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması bağımsız iki grupta t testi ile değerlendirilmiş olup Tablo-5'te belirtilmiştir.

Adölesanların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ; Tablo 5).

**Tablo 6. Adölesanların İlk Tanı Alma Yaşına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=90)**

ÇİYKÖ İlk tanı yaşı	N	FSTP	DİP	SİP	OİP**	PSTP	ÖTP
		X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
0-5 yaş <sup>a</sup>	8	92.96±9.26	89.37±16.35	95.62±7.28	86.25±16.85	90.41±10.45	91.30±9.56
6-12 yaş <sup>b</sup>	40	79.06±19.10	78.75±13.62	88.87±16.15	71.84±20.38	79.72±13.92	79.41±14.81
13-18 yaş <sup>c</sup>	42	75.29±17.05	71.78± 18.96	92.73 ± 9.57	67.10± 16.00	77.83±11.60	76.86± 12.61
Toplam	90	KW=10.092 p=0.006	KW=10.064 p=0.007	KW=1.991 p=0.369	KW=8.508 p=0.014	KW=9.309 p=0.010	KW=10.876 p=0.004
Anlamlı fark		a>b>c	a>b>c	-	a>b=c	a>b>c	a>b>c

\*ÇİYKÖ= Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

\*\* Altı kişi okula gitmediği için OİP n= 84 alınmıştır.

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı)

İlk tanı alma yaşına göre adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Kruskall Wallis analizi ile değerlendirilmiş olup Tablo-6'da belirtilmiştir.

Adölesanların ilk tanı alma yaşı ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık (KW=10.092, p=0.006), duygusal işlevsellik (KW=10.064, p=0.007), okul işlevselliği (KW=8.508, p=0.014), psikososyal sağlık (KW=9.309, p=0.010) ve ölçek toplam puan (KW=10.876, p=0.004) ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 6).



Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi yapılmıştır. İlk tanıyı 0-5 yaşında alan çocuklar ile 6-12 yaşında alan çocuklar arasında duygusal işlevsellik puanı (p=0.009), psikososyal sağlık toplam puanı (p=0.008) ve ölçek toplam puan ortalamaları (p=0.004) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. İlk tanıyı 0-5 yaşında alanlar ile 13-18 yaşında alan çocuklar arasında da fiziksel sağlık puanı (p=0.002), duygusal işlevsellik puanı (p=0.007), okul işlevsellik puanı (p=0.008), psikososyal sağlık toplam puanı (p=0.005) ve ölçek toplam puan ortalamaları (p=0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Adölesanların ilk tanı alma yaşı ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları sosyal işlevsellik puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05; Tablo 6).

**Tablo 7. Adölesanların Aldıkları Tanıya Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=90)**

ÇİYKÖ Aldığı tanı	n	FSTP	DİP	SİP	OİP**	PSTP	ÖTP
		X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Lösemi <sup>a</sup>	29	80.92±16.95	76.55±15.47	91.89±8.59	72.85±18.58	80.54±11.43	80.67±12.10
Lenfoma <sup>b</sup>	30	83.75±12.93	82.33±14.00	95.16±7.71	73.70±15.90	84.30±9.63	84.05±10.10
MSS tümörü <sup>c</sup>	6	77.60±13.02	65.00±19.74	90.00±10.48	60.83±14.63	71.94±12.49	73.91± 11.08
Diğer <sup>d</sup>	25	69.75± 22.56	72.00± 20.05	86.20± 19.69	68.47± 22.63	75.40± 16.19	73.22±17.81
Toplam	90	KW=6.191 p=0.103	KW=7.057 p=0.070	KW=4.033 p=0.258	KW=3.222 p=0.359	KW=7.023 p=0.071	KW=8.279 p=0.041

\*ÇİYKÖ= Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

\*\* Altı kişi okula gitmediği için OİP n= 84 alınmıştır.

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı)

Tanıya göre adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Kruskal Wallis analizi ile değerlendirilmiş olup Tablo-7'da belirtilmiştir. Adölesanların tanıya göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları ölçek toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (KW=8.279, p= 0.041).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi yapılmıştır. Adölesanların aldıkları tanı ile ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.008$ ).

Adölesanların aldığı tanıya göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği ve psikososyal sağlık puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 7).

**Tablo 8. Adölesanların Tedavilerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=90)**

ÇİYKÖ1 Tedavi	n	FSTP		DİP		SİP		OİP**		PSTP		ÖTP	
		X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Kemoterapi	30	80.00	15.25	76.33	15.47	94.00	7.11	72.40	17.77	81.44	11.40	80.89	11.68
Cerrahi	4	94.53	5.33	87.50	8.66	100.0	0.0	86.25	9.46	91.25	5.15	92.39	3.86
Kemoterapi+ Radyoterapi	24	73.69	19.17	70.62	16.70	90.62	11.35	63.91	16.58	72.94	23.38	74.32	13.15
Kemoterapi+ Cerrahi	18	73.43	22.71	76.94	22.03	85.27	21.10	72.94	23.38	78.42	18.15	76.57	18.63
Kemoterapi+ Cerrahi+ Radyoterapi	14	85.71	12.36	82.85	14.10	91.78	11.02	73.84	17.57	83.21	9.83	84.06	10.48
Toplam	90	KW=8.770 p=0.067		KW=7.781 p=0.100		KW=5.465 p=0.243		KW=8.156 p=0.086		KW=11.26 p=0.024		KW=11.33 p=0.023	

\*ÇİYKÖ= Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

\*\* Altı kişi okula gitmediği için OİP n= 84 alınmıştır.

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı)

Tedavilerine göre adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Kruskall Wallis analizi ile değerlendirilmiş olup Tablo-8'de belirtilmiştir. Adölesanların tedavileri ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla KW=11.26,  $p= 0.024$ ; KW=11.33,  $p=0.023$ ).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi yapılmıştır. Adölesanların tedavilerine göre psikososyal sağlık toplam puanı ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.005$ ).

Adölesanların tedavileri ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul işlevselliği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ; Tablo 8).

**Tablo 9. Adölesanların Annelerinin Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=90)**

ÇİYKÖ		FSTP	DİP	SİP	OİP**	PSTP	ÖTP
Anne Eğitim	n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
İlkokul ve altı	60	77.50±19.33	74.58 ±18.30	89.75±13.79	68.24 ±20.56	77.91±14.11	77.65±15.07
Ortaokul	8	81.64±12.21	74.37±10.83	96.25±5.17	80.62±12.93	83.75±8.05	83.01±9.16
Lise	19	78.94±17.01	81.84±15.56	94.21±11.81	74.47±14.22	83.50±9.79	81.92±11.49
Üniversite	3	88.54± 7.86	85.00±13.22	90.00±13.22	75.00±18.02	83.33±13.01	85.14±11.10
Toplam	90	KW=0.871 p=0.832	KW=4.037 p=0.258	KW=3.882 p=0.274	KW=3.758 p=0.289	KW=2.676 p=0.444	KW=1.586 p=0.662

\*ÇİYKÖ= Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

\*\* Altı kişi okula gitmediği için OİP n= 84 alınmıştır.

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı)

Annelerinin eğitim durumuna göre adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiş olup Tablo-9'da belirtilmiştir.

Adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile annelerin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ; Tablo 9).

**Tablo 10. Adölesanların Babalarının Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=90)**

ÇİYKÖ Baba Eğitim	n	FSTP	DİP	SİP	OİP**	PSTP	ÖTP
		X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
İlkokul ve altı <sup>a</sup>	40	75.62±19.61	73.37±19.46	89.37±15.40	68.57±21.78	77.56±15.11	76.71±16.21
Ortaokul <sup>b</sup>	23	79.34±17.74	73.47±14.33	91.52±9.34	70.43±15.80	78.47±10.63	78.78±10.93
Lise <sup>c</sup>	12	87.23±14.00	91.25±7.42	97.91±5.82	76.66±18.98	88.61±8.66	88.13±10.25
Üniversite <sup>d</sup>	15	78.12±15.89	77.33±15.10	90.66±13.47	73.57±15.24	80.72±10.35	79.83±11.54
Toplam	90	KW=4.734 p=0.192	KW= 13.791 p=0.003	KW= 7.010 p=0.072	KW=1.799 p=0.615	KW=9.364 p=0.025	KW=8.042 p=0.045
Anlamli fark			c>d>b>a			c>b	c>b

\*ÇİYKÖ= Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

\*\* Altı kişi okula gitmediği için OİP n= 84 alınmıştır.

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı)

Babalarının eğitim durumuna göre adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiş olup Tablo-10'da belirtilmiştir.

Babaların eğitim durumu ile adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları duygusal işlevsellik, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05; Tablo 10).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi yapılmıştır. Lise eğitimi babaya sahip adölesanların duygusal işlevsellik puan ortalamaları eğitimi ilkökul ve altı, ortaokul ve üniversite eğitimine sahip olan babaya sahip adölesanların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olarak belirlenmiştir (sırasıyla p= 0.001, p= 0.000, p= 0.007).

Lise eğitimi babaya sahip adölesanların psikososyal sağlık toplam puanı ve ölçek toplam puan ortalamaları ortaokul eğitimine sahip olan babaya sahip adölesanların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olarak belirlenmiştir (sırasıyla p=0.001, p=0.007).

Babaların eğitim durumu ile adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık toplam puanı, sosyal işlevsellik ve okul işlevsellik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05; Tablo 10).

**Tablo 11. Adölesanların Annelerinin Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=90)**

ÇİYKÖ Anne çalışma durumu	n	FSTP	DİP	SİP	OİP**	PSTP	ÖTP
		X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Çalışan	14	81.47±20.85	74.28±20.64	96.78 ±6.68	68.57±17.47	79.88±12.25	80.43±14.48
Çalışmayan	76	78.00±17.54	76.84±16.61	90.26±13.51	71.57±19.12	79.78±13.14	79.07±13.84
Toplam	90	U=430.500 p=0.257	U=508.500 p=0.792	U=364.000 p=0.048	U=434.500 p=0.504	U=517.500 p=0.872	U=487.500 p=0.620

\*ÇİYKÖ= Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

\*\* Altı kişi okula gitmediği için OİP n= 84 alınmıştır.

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı)

Annelerinin çalışma durumuna göre adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Mann Whitney U analizi ile değerlendirilmiş olup Tablo-11'de belirtilmiştir. Adölesanların annelerinin çalışma durumu ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları sosyal işlevsellik puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U= 364.000, p=0.048).

Adölesanların annelerinin çalışma durumu ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05, Tablo 11).

**Tablo 12. Adölesanların Babalarının Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=87)**

ÇİYKÖ Baba Çalışma durumu	N	FSTP	DİP	SİP	OİP**	PSTP	ÖTP
		X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Çalışan	62	79.53±16.32	78.14±16.40	92.33±10.50	71.57±17.70	81.07±11.32	80.47±12.20
Çalışmayan	25	74.75±22.02	70.80±18.52	87.80±17.68	69.16±21.60	75.66±16.06	75.22±17.27
Toplam	87	U=695.000 p=0.452	U=592.000 p=0.084	U=656.000 p=0.240	U=647.000 p=0.701	U=622.500 p=0.152	U=647.500 p=0.231

\*ÇİYKÖ= Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

\*\* Altı kişi okula gitmediği için OİP n= 84 alınmıştır.

\*\*\*Üç çocuğun babası hayatta olmadığı için n=87 alınmıştır.

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı)

Babalarının çalışma durumuna göre adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Mann Whitney U analizi ile değerlendirilmiş olup Tablo 12'de belirtilmiştir. Adölesanların babalarının çalışma durumu ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevsellik, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05, Tablo 12).

**Tablo 13. Ebeveynlerin Ekonomik Durumu İle Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=90)**

ÇİYKÖ Ekonomik durum	n	FSTP	DİP	SİP	OİP**	PSTP	ÖTP
		X± SS	X± SS	X± SS	X± SS	X± SS	X± SS
Gelir gidere az <sup>a</sup>	20	72.81±22.42	74.25±14.80	84.50±18.41	64.21±22.86	74.50±15.57	73.80±16.55
Gelir giderden eşit <sup>b</sup>	59	79.39±17.13	76.94±18.33	93.30±10.02	73.42±17.04	81.44±11.65	80.64±12.98
Gelir giderden fazla <sup>c</sup>	11	84.37±11.09	77.72±15.86	92.72±11.48	71.36±18.17	80.60±13.06	81.91±11.66
Toplam	90	KW=1.870 p=0.393	KW=0.796 p=0.672	KW=7.634 p=0.022	KW=2.188 p=0.335	KW= 3.912 p=0.141	KW=4.219 p=0.121
Anlamlı fark				b > a =c			

\*ÇİYKÖ= Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

\*\* Altı kişi okula gitmediği için OİP n= 84 alınmıştır.

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı)

Ebeveynlerin ekonomik durumuna göre adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Kruskal Wallis analizi ile değerlendirilmiş olup Tablo-13'de belirtilmiştir. Ebeveynlerin ekonomik durumu ile adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları sosyal işlevsellik puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (KW =7.634, p=0.022).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi yapılmıştır. Ekonomik durumu gelir giderden az olan ebeveyne sahip olan adölesanların sosyal işlevsellik puan ortalamaları gelir gidere eşit olan ebeveyne sahip adölesanların puan ortalamalarından anlamlı derecede düşük olarak belirlenmiştir (p=0.007).

Ebeveynlerin ekonomik durumu ile adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05; Tablo 13).

## **5. TARTIŞMA**

Bu bölümde araştırma bulgularının literatür ışığında tartışması yer almaktadır.

### **5.1. Adölesanların Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi**

Bu çalışmada adölesanların fiziksel sağlık toplam puanı  $78.54 \pm 18.01$ , duygusal işlevsellik puanı  $76.44 \pm 17.19$ , sosyal işlevsellik puanı  $91.27 \pm 12.88$ , okul işlevsellik puanı  $71.07 \pm 18.78$ , psikososyal sağlık toplam puanı  $79.79 \pm 12.94$  ve ölçek toplam puanı  $79.28 \pm 13.87$  olarak saptanmıştır (Tablo 4). Meeske ve arkadaşları (2007) tarafından yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak kanser tedavisi biten çocukların yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada fiziksel sağlık toplam puanı  $84.80 \pm 16.40$ , duygusal işlevsellik puanı  $81.20 \pm 18.90$ , sosyal işlevsellik puanı  $84.60 \pm 19.10$ , okul işlevsellik puanı  $74.60 \pm 21.80$ , psikososyal sağlık toplam puanı  $80.10 \pm 16.20$  ve ölçek toplam puanı  $81.40 \pm 15.40$  olarak saptanmıştır (80).

Varni ve arkadaşları (2002a) tarafından yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak kanserli çocukların, kanser tedavisi biten çocukların ve sağlıklı çocukların yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada, tedavisi biten çocukların fiziksel sağlık toplam puanı  $80.01 \pm 18.66$ , duygusal işlevsellik puanı  $77.67 \pm 20.19$ , sosyal işlevsellik puanı  $79.64 \pm 19.78$ , okul işlevsellik puanı  $71.41 \pm 18.12$ , psikososyal sağlık toplam puanı  $76.51 \pm 16.03$  ve ölçek toplam puanı  $77.66 \pm 15.25$  olarak saptanmıştır (124).

Clercq ve arkadaşları (2004) tarafından tedavisi biten çocukların yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada, yaşam kalitesi ölçeğinden alınan duygusal işlevsellik puanının ölçek toplam puanı, fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik puanı, sosyal işlevsellik puanı ve okul işlevsellik puanına göre düşük olduğu belirlenmiştir (22).

Araştırmalardan elde edilen yaşam kalitesi ölçek toplam puanlarının benzer olduğu görülmektedir. Kanser gibi kronik bir hastalığın bireyin yaşama bakışını ve yaşam biçimini değiştiren bir deneyim olduğu belirtilmektedir (87).

Bu çalışmada sosyal işlevsellik puanı en yüksek, okul işlevsellik puanı ise en düşük olarak belirlenmiştir. Literatürde yer alan çalışmalara bakıldığında farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bazı araştırmalarda fiziksel sağlık toplam puanı yüksek bulunmuştur (22, 80, 124). Ancak tüm araştırmalarda ortak bir sonuç olarak okul işlevsellik puanının düşük olduğu görülmektedir (80, 124). Kanser ve tedavisinin getirdiği sorunların çocuğun yaşamını her açıdan etkilediği bilinmektedir. Ancak okulla ilgili daha fazla sorun yaşanması Türk toplumundaki aile yapısından ve çocuk yetiştirme yönteminden kaynaklanabilir. Aileler çok



koruyucu ve kollayıcı davranarak tedavi bitmiş olmasına rağmen çocuklarını okula göndermek istemeyebilirler.

## **5.2. Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi**

### **5.2.1. Cinsiyetin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi**

Cinsiyet yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biridir. Bu çalışmada adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ; Tablo 5), kız adölesanların ölçek toplam puanı ( $77.45\pm 16.01$ ), erkek adölesanların ölçek toplam puanından ( $80.68\pm 11.95$ ) düşük bulunmuştur.

Reinfjell ve arkadaşları (2006) tarafından genç adölesanların yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada, kızların yaşam kalitesinin erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır (95). Upton ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada kızların yaşam kalitesi özellikle duygusal işlevsellik puanı erkeklerden daha düşük bulunmuştur (116). Alessi ve arkadaşları (2007), Langevelde ve arkadaşlarının (2004) çalışma sonuçları da benzerlik göstermektedir (3, 71). Wu ve arkadaşları (2006) tarafından tedavisi biten adölesanlar üzerinde yapılan çalışmada ise, kızların erkeklerden daha düşük fiziksel, psikososyal, bilişsel sağlığa ve beden imajına sahip oldukları belirlenmiştir (121). Buna karşın, Eiser ve arkadaşları (2003) tarafından tedavisi biten adölesanların yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada, kızların fiziksel sağlığı ve psikososyal sağlık puanının erkeklerle göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tedavisi biten erkeklerin geleceğe yönelik, kızlardan daha olumsuz bakış açısına sahip oldukları da bulunmuştur (11, 92).

Zeltzer (1993) çocukluk çağında kanser hastalığı olan adolesan ve genç erişkinlerle yaptığı çalışmada erkeklerde yeniden kanser gelişeceği kaygısı, bedensel şikayetlerinde artış, akademik başarıda düşüş gibi sorunların daha sık görüldüğünü, kızlarda ise ileride doğurganlık ve doğacak çocuklarının sağlıkları ile ilgili kaygılarının olacağı belirlenmiştir (128).

Cinsiyetin yaşam kalitesine etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar da vardır. Memik ve arkadaşları (2007) tarafından, çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği 13-18 yaş adölesan

formunun geçerliği ve güvenilirliği yapılan çalışmada, sağlıklı, akut ve kronik hastalık grubundaki adölesanların cinsiyete göre ölçek toplam puanları arasında fark olmadığı belirlenmiştir (81).

Literatürde yer alan araştırmaların çoğunda erkeklerin yaşam kalitesi kızlardan daha yüksek bulunmuştur. Kızlar için daha çok beden imajı, doğurganlığına ilişkin sorunlar önemliyken erkekler için daha çok akademik başarıları, yeniden kanser gelişme olasılığı gibi geleceklerini ilgilendiren boyutu önem taşımaktadır. Cinsiyet rollerindeki farklılıklardan kaynaklanan sorunların yaşam kalitesini etkilediği görölmektedir. Bu çalışmada kızların yaşam kalitesi puanının erkeklerden düşük olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Kanser gibi bir hastalığın geç yan etkilerinin cinsiyet ayrımı olmadan her iki grubun yaşam kalitesini etkilediği söylenebilir.

### **5.2.2. İlk Tanı Alma Yaşının Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi**

Çocuğun tanısını ilk alma yaşı da yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu çalışmada adölesan döneminde kanser tanısı alanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, okul işlevselliliği, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamalarının çocukluk döneminde tanı alanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ; Tablo 6). Bauld ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan bir çalışmada adölesan dönemde kanser tanısı alanların çocukluk döneminde tanı alanlara göre yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilendiği ve benlik saygılarının daha düşük olduğu saptanmıştır (11).

Bunun yanı sıra ocuk yaşta tanı almanın çocuğun yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (49, 65, 102). Tedavisi biten çocukların büyük çoğunluğunun, hastalık ve tedavi sırasında yaşadıkları güçlükleri adölesanlık dönemlerine taşıdıkları ve daha fazla psikososyal zorluklar yaşama riski altında oldukları belirlenmiştir (15, 46, 92). Alessi ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada ocuk yaşta tanı alanların 10-14 yaşlarında tanı alanlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (3).

Yapılmış olan araştırmaların çoğunda ocuk yaşta tanı alan adölesanların yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Bu çalışmada ise adölesanın döneminde tanı almanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinin nedeni, adölesanın bu yaş dönemine özgü yoğun fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlamada zorlanmaları olabilir.

Adölesanın sosyal yaşamını daha çok akranları ile olan ilişkilerinin oluşturduğu ve bunun adölesanlar için önemli olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada ise adölesanların ilk tanı alma yaşı ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları sosyal işlevsellik puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 6). Araştırmada sosyal işlevsellik alt ölçeğinden alınan puanın ( $91.27\pm 12.88$ ) ise ölçek toplam puanından ( $79.28\pm 13.87$ ) ve diğer alt boyutlardan alınan puanlardan yüksek olduğu görülmektedir. Tanı alma yaşının sosyal işlevsellik puanını etkilememesi ve tüm yaş gruplarında yüksek çıkması Türk toplumundaki aile yapısından kaynaklanabilir. Ailelerin tedavi bittikten sonra da çocuklarına sürekli destek olmaları ve yalnız bırakmamaları adölesanların sosyal yaşamında sorunlar yaşamamasının nedeni olabilir.

### **5.2.3. Tanının Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi**

Çocuğun aldığı tanı yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında önemli bir yer almaktadır. Bu çalışmada MSS tümör tanısı alan adölesanların lösemi, lenfoma ve diğer (Wilms tümörü, Osteosarkoma, Agresif fibromatozis, Ewing sarkom, media blastoma) kanser tanısı alan adölesanlara göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları duygusal işlevsellik, okul işlevselliği ve psikososyal sağlık toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ; Tablo 7).

Eiser ve arkadaşlarının (2003) tedavisi biten çocuklar üzerinde yaptıkları çalışmada, MSS tümör tanısı alan adölesanların ALL tanısı alan adölesanlara göre yaşam kalitelerinin fiziksel ve psikososyal alanda daha olumsuz olduğu saptanmıştır (30). Meeske ve arkadaşları (2007), Chou ve arkadaşlarının (2009) çalışma sonuçları da benzerlik göstermektedir (19, 80).

Speechley ve arkadaşları (2006) tarafından tedavisi biten çocuk ve adölesanların yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada MSS tümörü, lenfoma, lösemi, sarkoma ve wilm's tümörü tanısı alan adölesanların fiziksel sağlık puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır (108). Tedavisi biten kanserli çocuklarla yapılan niteliksel bir çalışmada ise MSS tümör tanısı alan çocuklar, diğer tanısı alan çocuklara göre daha fazla vücut bozukluklarına ve sınırlılıklara sahip olduklarını ifade etmişlerdir (112).

Spencer (2006), Wallace ve arkadaşları (2001) tarafından ALL tanısı alan çocukların kemoterapi ve radyoterapi ile tedavi edildikleri dönemde, akademik başarı ve öğrenimlerinin zayıfladığı belirlenmiştir (109,118). Nöroblastom nedeniyle tedavi alan ve şu anda tedavisi

bitmiş çocukların işitme kaybı olanlarında okuma, öğrenme ve matematik alanlarında sorunlar olduğu ve yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (50).

Hinds ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, osteosarcoma tanısı almış adölesanların yaşam kalitelerinin AML tanısı alanlara göre daha fazla etkilendiği saptanmıştır (58). Yapılan araştırmalarda Hodgkin lenfoma, osteosarcoma ve lösemi tanısı alan adölesanlarda tedavi sonrası ikincil tümör gelişme riskinin fazla olduğu saptanmıştır (7, 77, 103). Leung ve arkadaşları (2000) tarafından AML tedavisi biten 77 adölesanda geç etkilerin araştırıldığı çalışmada, %51’inde büyüme anormallikleri, %30’unda nörobilişsel anormallikler, %16’sında endokrin anormallikler, %12’sinde katarakt ve %8’inde kardiyak anormallikler saptanmıştır (73).

Kanserin seyri köken aldığı doku ve organa göre farklılık gösterebilir. Tedavi protokolleri ve süreleri de hastalığa göre değişkenlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda MSS tümörü olan adölesanlarda fiziksel ve psikososyal sorunların diğer kanser tanısı olanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu çalışmada adölesanların aldığı tanıya göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği ve psikososyal sağlık puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla birlikte ( $p>0.05$ ), MSS tümörü tanısı alan adölesanların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonucun MSS tümörlerinin lokalizasyonuna, tedavisinde kullanılan radyoterapinin neden olduğu nörokognitif değişikliklere bağlı olarak geliştiği söylenebilir. Yapılan bir çalışmada MSS tümörü nedeniyle radyoterapi alan bireylerde doza bağlı nörokognitif etkilenme ve bunun sonucunda daha az iş bulma ve evlenme oranları gözlemlendiği bildirilmiştir (6).

#### **5.2.4. Tedavinin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi**

Adölesanların aldıkları tedavi yaşam kalitesi etkileyen faktörlerden biridir. Bu çalışmada kemoterapi-radyoterapi tedavisi alanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları duygusal işlevsellik, okul işlevsellik, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamaları kemoterapi-cerrahi, yalnız kemoterapi, kemoterapi-cerrahi-radyoterapi tedavisi ve yalnız cerrahi tedavisi alanlardan düşük bulunmuştur (Tablo 8).

Kanserde uygulanan tedaviler, hastanın çeşitli fiziksel, bilişsel ve psikolojik travmalar yaşamasına neden olabilir (11). Lofstad ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada yalnız

kemoterapi alan ALL'li adölesanların sağlıklı kontrollerine göre sözel IQ'larının düşük olduğu belirlenmiştir (75). Kemoterapi sonrası tedavisi biten lösemili çocukların, akranlarına göre görsel ve sözel kısa dönem hafıza kayıpları yaşadıkları saptanmıştır (57)

Birden fazla tedavi protokolü ile tedavi edilenlerin yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilendiği belirlenmiştir (78). Yoğun kemoterapi alanlarda daha fazla somatik ve depresif belirtiler saptanırken, yüksek doz steroid kullanımının tıbbi komplikasyonlara yol açarak çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (127). Sadece kemoterapi görenlerle karşılaştırıldığında, birden fazla tedavi görenlerde vücut bozuklukları ve rahatsızlıkların daha fazla olduğu ve etkinliklere katılmada zorluk yaşadıkları belirlenmiştir (112).

Henderson ve arkadaşları (2007) tarafından tedavisi biten 108 kanserli adölesanlarla yapılan çalışmada radyoterapi ve yüksek doz kemoterapi alan çocuklarda ikincil sarkomaların diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (56). Boman ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada da tedavisi kısa süren çocukların psikolojilerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (15).

Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve ilaç tedavilerinin her birinin etki ve yan etkileri farklıdır. Bu çalışmada kemoterapi-radyoterapi tedavisi alanların yaşam kalitesi puanlarının diğer tedavi yöntemlerine göre düşük olmasının nedeninin radyoterapi ve kemoterapinin uzun dönem yan etkilerinin diğer tedavilere göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

### **5.3. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi**

#### **5.3.1. Adölesanların Annelerinin ve Babalarının Eğitim Durumunun Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi**

Bu çalışmada annelerin eğitim durumu ile adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık toplam puanı ve ölçek toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p < 0.05$ ; Tablo 9), lise eğitilmiş babaya sahip adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları duygusal işlevsellik, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ; Tablo 10).

Anne ve babasının eğitim durumu lise, üniversite, ortaokul olan adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının, anne ve babasının eğitim durumu ilkököl ve altında olan adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarından yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer olarak Barrera ve arkadaşları (2005) tarafından, tedavisi biten kanserli çocukların eğitimsel ve sosyal geç etkilerinin incelendiği çalışmada, yükseköğöl eğitilmiş ebeveyne sahip adölesanların benlik saygılarının eğitim düzeyi daha düşük ebeveyne sahip adölesanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (10). Memik ve arkadaşları (2007) tarafından 13-18 yaş adölesanlarda yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada, ebeveynlerin eğitim durumları açısından tanı grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (81).

Aile ortamı, ebeveynlere ait özellikler çocuklarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerdir. Ebeveynlerin eğitim düzeyinin adölesanların hastalık ve yan etkileriyle uygun şekilde baş etmelerinde etkili olduğu bilinmektedir. Eğitim düzeyi yüksek anne babanın hastalık sürecinde çocuklarına daha çok destek olduğu ve baş etmelerine yardımcı oldukları için yaşam kalitesini arttırdığı söylenebilir.

### **5.3.2. Adölesanların Annelerinin ve Babalarının Çalışma Durumunun Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi**

Bu çalışmada çalışan anneye sahip adölesanların sosyal işlevsellik puan ortalaması, çalışmayan anneye sahip adölesanların sosyal işlevsellik puan ortalamasından yüksek bulunmakta iken ( $p>0.05$ ; Tablo 11), çalışan ve çalışmayan babaya sahip adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevsellik, psikososyal sağlık toplam puanı ve ölçek toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ; Tablo 12).

Annenin çalışma durumunun çocuğun yaşam kalitesini sosyal yönden olumlu olarak etkilemesinin nedeni, çalışan annelerin sosyal yaşamı daha fazla önemsemesi ve çocuklarının da sosyal yaşamlarını daha çok desteklemesinden kaynaklanabilir. Çalışan babaya sahip olan adölesanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olmasının nedeninin, çalışmayan babaya sahip adölesanların yaşadıkları stres, anksiyete, kaygı ve gelecekleri ile ilgili belirsizlikleri yaşamamalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

### **5.3.3. Ebeveynlerin Ekonomik Durumunun Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Etkisinin İncelenmesi**

Bu çalışmada ekonomik durumu gelir giderden az olan ebeveyne sahip adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları sosyal işlevsellik puan ortalaması ekonomik durumu gelir gidere eşit, gelir giderden fazla olan ebeveyne sahip adölesanların puan ortalamalarından anlamlı derecede düşük olarak belirlenmiştir ( $p<0.05$ ; Tablo 13). Buna karşın Zebrack ve arkadaşları tarafından (2002) yapılan çalışmada ailenin düşük sosyoekonomik gelire sahip olmasının çocuğun psikososyal durumunu olumsuz olarak etkilediği belirlenmiştir (127). Memik ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada ise, sosyoekonomik durumun tedavi sonrasında psikososyal ve fiziksel fonksiyonlar üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (81).

Aile gelirinin kanserli çocukların tedavisini etkilediği bilinmektedir (27). Kanser gibi bir hastalıkla yaşamak aileye ekonomik açıdan büyük yük getirmektedir (9). Ekonomik durum çocuklarının sağlık kurumundan yararlanabilmelerini ve sosyal aktivitelere katılımlarını etkileyeceği için bu araştırmada adölesanların sosyal işlevsellik puan ortalaması ile ebeveynlerin ekonomik durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olması beklenen bir sonuçtur.

## **6. SONUÇLAR**

Tedavisi biten kanserli adölesanların yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen en önemli bulgu, adölesanların yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilendiği bulunmuştur.

Diğer sonuçlar özetlenmiştir;

1. Araştırmaya katılan adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık toplam puanı  $78.54 \pm 18.01$ , duygusal işlevsellik puanı  $76.44 \pm 17.19$ , sosyal işlevsellik puanı  $91.27 \pm 12.88$ , okul işlevsellik puanı  $71.07 \pm 18.78$ , psikososyal sağlık toplam puanı  $79.79 \pm 12.94$  ve ölçek toplam puanı  $79.28 \pm 13.87$  olarak saptanmıştır.

2. Adölesanların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevsellik, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

3. Adölesan döneminde kanser tanısı alan çocukların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, okul işlevsellik, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puan ortalamaları, çocukluk döneminde tanı alanlardan daha düşük bulunmuştur.

4. Adölesanların aldığı tanıya göre MSS tümörü tanısı alanların duygusal işlevsellik, okul işlevsellik ve psikososyal sağlık toplam puanı diğer (Wilms tümörü, Osteosarkoma, Agresif fibromatozis, Ewing sarkom, media blastoma), lösemi ve lenfoma tanısı alan adölesanların ölçek toplam puanından düşük bulunmuştur.

5. Kemoterapi-radyoterapi tedavisi alan adölesanların, duygusal işlevsellik, okul işlevsellik, psikososyal sağlık ve ölçek toplam puanı kemoterapi-cerrahi, yalnız kemoterapi, kemoterapi-cerrahi-radyoterapi tedavisi ve yalnız cerrahi tedavisi alanlardan düşük bulunmuştur.

6. Adölesanların annelerinin eğitim durumları ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık toplam puan ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

7. Adölesanların babalarının eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları duygusal işlevsellik, psikososyal sağlık toplam puanı ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.



8. Adölesanların annelerinin çalışma durumu ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

9. Adölesanların babalarının çalışma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal sağlık toplam puanı ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

10. Ekonomik durumu gelir giderden az olan ebeveyne sahip adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları sosyal işlevsellik puan ortalaması ekonomik durumu gelir gidere eşit, gelir giderden fazla olan ebeveyne sahip adölesanların puan ortalamalarından anlamlı derecede düşük olarak belirlenmiştir.

## **7. ÖNERİLER**

Tedavisi biten kanserli adölesanların (13-18 yaş) yaşam kalitesini ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Adölesanların yaşam kalitesini yükseltmek için verilecek hizmetler planlanırken cinsiyet, ilk tanı alma yaşı, aldıkları tanı ve tedavi gibi değişkenlerin göz önünde bulundurulması,

2. Adölesanlar yaşam kalitelerinin sürdürülmesi konusunda eğitilmeli ve bu konuda bilinçlendirilmeli,

3. Adölesanlara tedavi sonrası karşılaşılabilecekleri fiziksel, sosyal, duygusal ve okul alanlarındaki sorunlar hakkında bilgi verilmesi,

4. Eğitim konusunda çocuk ve ailelerin teşvik edilmesi, kontroller sırasında çocukların okula devam durumunun sorgulanması, okulla ilgili sorunlar belirlenerek çözüm önerileri sunulması,

5. Adölesanların hastalığın getirdiği olumsuzluklar nedeni ile gösterdikleri özel davranışlarını daha iyi bir şekilde anlayabilmek için konuya uygun eğitim alınmalı,

6. Gelir düzeyi düşük olan ebeveynlere bu durumun çocuğa olumsuz şekilde yansıtılmaması gerektiğinin açıklanması,

7. Sağlık personeline hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi önerilir.

### **Araştırmacılara Öneriler;**

1. Adölesanların yaşam kalitesini belirli aralıklarla değerlendirecek çalışmalar yapılması,
2. Adölesanların tedavi sonrası karşılaşılabilecekleri fiziksel, sosyal, duygusal ve okul alanlarındaki sorunlara ilişkin daha kapsamlı veri elde etmek için niteliksel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

## **8. KAYNAKLAR**

1. Absolom K, Eiser C, Greco V, Davies H. Health promotion for survivors of childhood cancer: a minimal intervention. *Patient Education and Counseling*. 2004; 55: 379-384.
2. Adams MJ, Lipsitz SR, Colan SD. Cardiovascular status in long-term survivors of hodgkin's disease treated with chest radiotherapy. *Journal of Clinical Oncology*. 2004; 22: 3139-3148.
3. Alessi D, Dama E, Barr R, Mossoa ML et al. Health-related quality of life of long-term childhood cancer survivors: A population-based study from the childhood cancer registry of piedmont, Italy. *European Journal of Cancer*. 2007; 43: 2545-2552.
4. Arıkan K. Kanser hastalarında psikolojik destek. *Klinik Gelişim*. 2004; 17: 77-86.
5. Argüelles B, Barrios B, Buno M. Antropometric parameters and their relation ship to serum growth hormone binding protein and leptin levels in children with acute lymphoblastic leukemia: A prospective study. *European Journal of Endocrinology*. 2000; 143: 243-250.
6. Armstrong GT, Liu Q, Yasui Y, Huang S et al. Long-term outcomes among adult survivors of childhood central nervous system malignancies in the childhood cancer survivor study. *Journal of the National Cancer Institute*. 2009; 101: 946 – 958.
7. Aung L, Gorlick RG, Shi W, Thaler H et al. Second malignant neoplasms in long-term survivors of osteosarcoma. *Cancer*. 2002; 95: 1728- 1734.
8. Aziz NM. Cancer survivorship research: challenge and opportunity. *The Journal of Nutrition*. 2002; 132: 3494–3503.
9. Barr RD, Feeny D, Furlong W. Economic evaluation of treatments for cancer in childhood. *European Journal of Cancer*. 2004; 40: 1335–1344.
10. Barrera M, Shaw AK, Speechley KN, Maunsell E et al. Educational and social late effects of childhood cancer and related clinical, personal and familial characteristics. *Cancer*. 2005; 104: 1751- 1760.

11. Bauld C, Anderson V, Arnold J. Psychosocial aspects of adolescent cancer survival. *Journal Paediatric Child Health*. 1998; 34: 120–126.
12. Bhat SR, Goodwin TL, Burwinkle TM, Lansdale MF et al. Profile of daily life in children with brain tumors: An assessment of health-related quality of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2005; 23: 5493-5500.
13. Bhatia S, Meadows AT. Long-term follow-up of childhood cancer survivors: future directions for clinical care and research. *Pediatric Blood Cancer*. 2006; 46: 143–148.
14. Bluhm EC, Ronckers C, Hayashi RJ, Neglia JP et al. Cause-specific mortality and second cancer incidence after non-hodgkin lymphoma: a report from the childhood cancer survivor study. *Blood*. 2008; 111: 4014-4021.
15. Boman K, Bodegard G. Long-term coping in childhood cancer survivors: influence of illness, treatment and demographic background factors. *Acta Paediatrica*. 2000; 89: 105 -111.
16. Boman KK, Bodegard G. Life After Cancer in childhood: social adjustment and educational and vocational status of young-adult survivors. *Journal Pediatric Hematology/Oncology*. 2004; 26: 354–362.
17. Bottomley SJ, Kassner E. Late effects of childhood cancer therapy. *Journal of Pediatric Nursing*. 2003; 18 (2): 126-133.
18. Calman KC. Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*. 1984; 10: 124-127.
19. Chou LN, Hunter A. Factors affecting quality of life in Taiwanese survivors of childhood cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 65 (10): 2131-2141.
20. Chow EJ, Pihoker C, Hunt K, Wilkinson K et al. Obesity and hypertension among children after treatment for acute lymphoblastic leukemia. *Cancer*. 2007; 110: 2313–2320.
21. Clarke SA, Eiser C. The Measurement of health related quality of life in pediatric clinical trials: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004; 2 (66): 1-5.
22. Clercq BD, Fruyt FD, Koot HM, Benoit Y. Quality of life in children surviving cancer: A personality and multi-informant perspective. *Journal of Pediatric Psychology*. 2004; 29 (8): 579-590.

23. Çetingül N. Çocukluk çağı kanserleri epidemiyoloji- etyoloji ve yaşam. In: Çetingül N, Conk Z, editors. I. Ege Pediatri Onkoloji Hemşireliği Kurs Kitabı. 2005: 1-15.
24. Dickerman JD. The late effects of childhood cancer therapy. *Pediatrics*. 2007; 119: 554-568.
25. Dongen J. Developing psychosocial aftercare for children surviving cancer and their families. *Acta Oncologica*. 2000; 39 (1): 23–31.
26. Duggal MS, Curzon MEJ, Bailey CC, Lewis IJ et al. Dental parameters in the long term survivors of childhood cancer compared with siblings. *Oral Oncology*. 1997; 33 (5): 348-353.
27. Düzovalı Ö, Ortaç R, Karaca İ, Argon N ve ark. Childhood cancer survival 1990-1997: Dr. Behçet uz children's hospital registry. *Turkish Journal of Cancer*. 2000; 3 (2): 68-74.
28. Eiser C. Children's quality of life measures. *Archives of Disease in Childhood*. 1997; 77: 350- 354.
29. Eiser C, Hill JJ, Vance YH. Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*. 2000; 25 (6): 449-460.
30. Eiser C, Vance H, Horne B, Glaser A et al. The value of the PedsQLTM in assessing quality of life in survivors of childhood cancer. *Child: Care, Health & Development*. 2003; 29 (2): 95-102.
31. Eiser C. Children with cancer: the quality of life. *Quality of Life Research*. 2005; 14: 1649–1650.
32. Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technology Assessment*. 2001; 5: 1-156.
33. Eiser C, Vance YH, Glaser A, Galvin H et al. Growth hormone treatment and quality of life among survivors of childhood cancer. *Hormone Research*. 2005; 63: 300-304.
34. Elçigil A. Kanserli çocuk okula gidebilir mi?. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 11 (2): 40-46.
35. Erdoğan A, Karaman MG. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008; 9: 244-252.

36. Eshelman D, Landier W, Sweeney T, Hester AL et al. Facilitating care for childhood cancer survivors: integrating children's oncology group long-term follow-up guidelines and health links in clinical practice. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2004; 21: 271-280.
37. Ewing JE, King MT, Smith NF. Validation of modified forms of the PedsQL generic core scales and cancer module scales for adolescents and young adults (AYA) with cancer or a blood disorder. *Quality of Life Research*. 2009; 18: 231–244.
38. Felce P, Perry J. Exploring current conceptions of quality of life: in brown I, Renwick R, Nagler M, editors. *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation*, Sage Pub; 1996.
39. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOLBREF. *3P dergisi*. 1999; 7: 5-13.
40. Fidaner C. Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı. 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı. 2004; 1-3.
41. Friedman DL, Freyer DR, Levitt GA. Models of care for survivors of childhood cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2006; 46: 159–168.
42. Fuemmeler BF, Elkinb TD, Mullinsa LL. Survivors of childhood brain tumors: behavioral, emotional and social adjustment. *Clinical Psychology Review*. 2002; 22: 547-585.
43. Ganz PA. "Quality of life and patient with cancer", *Cancer Supplement*. 1994; 74 (4): 1445-1451.
44. Garmey EG, Liu Q, Sklar CA, Meacham LR et al. Longitudinal changes in obesity and body mass index among adult survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia: a report from the childhood cancer survivor study. *Journal of Clinical Oncology*. 2008; 26: 4639-4645.
45. Gibson F, Aslett H, Levitt G, Richardson A. Follow up after childhood cancer: a typology of young people's health care need. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2005; 9: 133-146.
46. Grant J, Cranston A, Horsman J, Furlong W et al. Health status and health-related quality of life in adolescent survivors of cancer in childhood. *Journal of Adolescent Health*. 2006; 38: 504-510.

47. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 2000. *CA Cancer Journal Clinical*. 2000; 50 (1): 7-33.
48. Greving DM, Santacroce SJ. *Journal of pediatric oncology nursing*. 2005; 22 (1): 38-47.
49. Gurney J, Ness K, Stovall M, Wolden S et al. Final height and body mass index among adult survivors of childhood brain cancer: childhood cancer survivor study. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2003; 88: 4731-4739.
50. Gurney JG, Tersak JM, Ness KK, Landier W et al. Hearing loss, quality of life and academic problems in long-term neuroblastoma survivors: a report from the children's oncology group. *Pediatrics*. 2007; 120: 1229-1236.
51. Haddy TB, Mosher RB, Reaman GH. Osteoporosis in survivors of acute lymphoblastic leukemia. *The Oncologist*. 2001; 6: 278-285.
52. Harder H, Cornelissen JJ, Gool AR, Duivenvoorden HJ et al. Cognitive functioning and quality of life in long-term adult survivors of bone marrow transplantation. *Cancer*. 2002; 95: 183-192.
53. Harding L. Children's quality of life assessment: A review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2001; 8: 79-96.
54. Haupt R, Fears TR, Robison LL, Mills JL et al. Educational attainment in long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *JAMA*. 1994; 272: 1427-1432.
55. Heikens J, Ubbink M, Vander PH, Bakker P et al. Long term survivors of childhood brain cancer have an increased risk for cardiovascular disease. *Cancer*. 2000; 88: 2116-2121.
56. Henderson TO, Whitton J, Stovall M, Mertens AC et al. Secondary sarcomas in childhood cancer survivors: A report from the childhood cancer survivor study. *Journal of the National Cancer Institute*. 2007; 99: 300 – 308.
57. Hill DE, Ciesielski KT, Hofstad LS, Duncan MH et al. Visual and verbal short-term memory deficits in childhood leukemia survivors after intrathecal chemotherapy. *Journal of Pediatric Psychology*. 1997; 22 (6): 861-870.
58. Hinds PS, Billups CA, Cao X, Gattuso JS et al. Health-related quality of life in adolescent at the time of diagnosis with osteosarcoma or acute myeloid leukemia. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009; 13: 156-163.

59. Hobbie WL, Stuber M, Meeske K, Wissler K et al. Symptoms of posttraumatic stress in young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2000; 18 (24): 4060-4066.
60. Horning SJ. Follow-up of adult cancer survivors: new paradigms for survivorship care planning. *Hematol Oncol Clin N Am* 2008; 22: 201–210.
61. Kadan NS, Robison LL, Gurney JG. Childhood cancer survivors' knowledge about their survivor study past diagnosis and treatment: childhood cancer survivor study. *JAMA*. 2002; 287 (14): 1832-1839.
62. Kart F. Çocukluk çağı kanserlerinde tedavinin büyüme ve kemik sağlığı üzerine etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa, 2006
63. Kazak AE, Alderfer M, Rourke M. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *Journal of Pediatric Psychology*. 2004; 29 (3): 211–219.
64. Keats MR, Culos SN, Courneya KS, McBride M. An examination of physical activity behaviors in a sample of adolescent cancer survivors. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2006; 23: 135-142.
65. Kingma A, Rammeloo LAJ, Does-vanden BA, Mombarg LR et al. Academic career after treatment for acute lymphoblastic leukaemia. *Archives of Disease in Childhood*. 2000; 82: 353-357.
66. Koch SV, Kejs AM, Engholm G, Johansen C et al. Educational attainment among survivors of childhood cancer: a population-based cohort study in Denmark. *British Journal of Cancer*. 2004; 91: 923 – 928.
67. Kopel SJ, Eiser C, Cool P, Grimer RF. Brief report: assessment of body image in survivors of childhood cancer. *Journal of Pediatric Psychology*. 1998; 23 (2): 141-147.
68. Kutluk T. Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*. 2007; 20 (2): 5-12.
69. Kutluk T. Adölesan çağında sık görülen tümörler. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi. 2008; 63: 53-54.
70. Lähteenmäki PM, Huostila J, Hinkka S, Salmi TT. Childhood cancer patients at school. *European Journal of Cancer*. 2002; 38 (9): 1227-1240.



71. Langevelde NE, Grootenhuysb MA, Haanc RJ, Bos VD. Quality of life, self-esteem and worries in young adult survivors of childhood cancer. *Psycho-Oncology*. 2004; 13: 867–881.
72. Lee YL, Santacroce SJ. Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; 44: 1406-1417.
73. Leung W, Hudson MM, Strickland DK, Phipps S et al. Late effects of treatment in survivors of childhood acute myeloid leukemia. *Journal of Clinical Oncology*. 2000; 18: 3273-3279.
74. Li J, Thompson T, Miller JW, Pollack L et al. Cancer incidence among children and adolescents in the United States, 2001\_2003. *Pediatrics*. 2008; 121: 1470-1477.
75. Lofstad GE, Reinjfjell T, Hestad K, Diseth TH. Cognitive outcome in children and adolescents treated for acute lymphoblastic leukaemia with chemotherapy only. *Acta Pædiatrica*. 2009; 98: 180–186.
76. Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K et al. Assesment of health-related quality of life in children: A review of conceptual, metodological and regulatory issues. *Value in Health*. 2004; 7: 79-92.
77. Maule M, Scélo G, Pastore G, Brennan P et al. Risk of second malignant neoplasms after childhood leukemia and lymphoma: An international study. *Journal of the National Cancer Institute*. 2007; 99: 790 – 800.
78. Maunsell E, Pogany L, Barrera M, Shaw AK et al. Quality of life among long-term adolescent and adult survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2006; 24: 2527-2535.
79. Mayer DK, Parsons SK, Terrin N, Tighiouart H et al. School reentry after a cancer diagnosis: physician attitudes about truth telling and information sharing. *Child: Care, Health & Development*. 2005; 31 (3): 355-363.
80. Meeske KA, Patel SK, Palmer SN, Nelson MB et al. Factors associated with health-related quality of life in pediatric cancer survivors. *Pediatric Blood & Cancer*. 2007; 49: 298–305.
81. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ ve ark. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13- 18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007; 18 (2): 1-12.

82. Newby WL, Brown RT, Pawletko TM, Gold SH et al. Social skills and psychological adjustment of child and adolescent cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2000; 9: 113-126.
83. Nysom K, Holm K, Michaelsen KF, Hertz H et al. Degree of fatness after treatment for acute lymphoblastic leukemia in childhood. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1999; 84: 4591-4596.
84. Odame I, Reilly JJ, Gibson BE, Donaldson MD. Patterns of obesity in boys and girls after treatment for acute lymphoblastic leukemia. *Archives Disease in Childhood*. 1994; 71: 147-149.
85. Oeffinger K, Buchanan G, Eshelman D, Denke M et al. Cardiovascular risk factors in young adult survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*. 2001; 23: 424-430.
86. Oeffinger K, Mertens A, Sklar C, Yasui Y et al. Obesity in adult survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia: A report from the childhood cancer survivor study. *Journal of Clinical Oncology*. 2003; 21: 1359-1365.
87. Oeffinger KC, Nathan PC, Kremer LCM. Challenges after curative treatment for childhood cancer and long-term follow up of survivors. *Pediatric Clinics of North America*. 2008; 55: 251–273.
88. Özbaran B, Erermiş S. Kanser tedavisi gören çocuk ve gençlerde uzun süreli izlem sürecinde psikososyal özelliklerin tanımlanması ve genel yaklaşım ilkeleri. *Klinik Psikiyatri*. 2006; 9: 185-190.
89. Park E, Liu Y, Emmons K. Health insurance coverage in survivors of childhood cancer: the childhood cancer survivor study. *Journal of Clinical Oncology*. 2005; 23: 9187-9197.
90. Parman T. Ergenlik: bir giriş yazısı. *3P Dergisi*. 1997; 5: 7-8.
91. Patenaude AF, Kupst MJ. Psychosocial functioning in pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*. 2005; 30 (1): 9-27.
92. Pendley JS, Dahlquist LM, Dreyer Z. Body image and psychosocial adjustment in adolescent cancer survivors. *Journal of Pediatric Psychology*. 1997; 22 (1): 29-43.
93. Prevatt F, Heffer RW, Lowe PA. A review of school reintegration programs for children with cancer. *Journal of School Psychology*. 2000; 38 (5): 447-467.

94. Puig RF, Frey E, Proksch K, Varni JW et al. Validation of the German version of the pediatric quality of life inventory™ (PedsQL™) in childhood cancer patients off treatment and children with epilepsy. *Quality of Life Research*. 2004; 13: 223–234.
95. Reinjfell T, Diseth T. Measuring health-related quality of life in young adolescents: reliability and validity in the Norwegian version of the pediatric quality of life inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2006; 4: 61-69.
96. Reinjfell T, Lofstad GE, Veenstra M, Vikan A et al. Health-related quality of life and intellectual functioning in children in remission from acute lymphoblastic leukaemia. *Acta Paediatrica*. 2007: 1280-1285.
97. Ritchie M. Self-esteem and hopefulness in adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*. 2001; 16 (1): 35-42.
98. Sands SA, Kellie SJ, Davidow AL, Diez B et al. Long-term quality of life and neuropsychologic functioning for patients with CNS germ-cell tumors: from the first international CNS germ-cell tumor study. *Neuro-Oncology*. 2001; 3: 174–183.
99. Schultz KAP, Ness KK, Whitton J, Recklitis C et al. Behavioral and social outcomes in adolescent survivors of childhood cancer: A report from the childhood survivor study. *Journal of Clinical Oncology*. 2007; 25 (24): 3649-3656.
100. Schwartz CL. Long-term survivors of childhood cancer: the late effects of therapy. *The Oncologist*. 1999; 4: 45-54.
101. Sean P, Ric S. Repressive adaptive style in children with chronic illness. *Psychosomatic Medicine*. 2002; 64: 34-42.
102. Servitzoglou M, Papadatou D, Tsiantis I, Kosmidis HV. Psychosocial functioning of young adolescent and adult survivors of childhood cancer. *Support Care Cancer*. 2008; 16: 29–36.
103. Sieniawski M, Reineke T, Josting A, Nogova L et al. Assessment of male fertility in patients with hodgkin's lymphoma treated in the German hodgkin study group (GHSG) clinical trials. *Annals of Oncology*. 2008; 19: 1795–1801.
104. Sitaresmi MN, Mostert S, Gundy CM, Anjo JP et al. Health-related quality of life assessment in Indonesian childhood acute lymphoblastic leukemia. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2008; 6: 96-104.

105. Sklar C, Mertens A, Walter A, Mitchell D et al. Final height after treatment for childhood acute lymphoblastic leukemia: comparison of no cranial irradiation with 1800 and 2400 centigrays of cranial irradiation. *The Journal of Pediatrics*. 1993; 123: 59- 64.
106. Sklar CA, Mertens AC, Walter A, Mitchell D et al. Changes in body mass index and prevalence of overweight in survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia: role of cranial radiation. *Medical and Pediatric Oncology*. 2000; 35: 91-95.
107. Sklar CA, Mertens AC, Mitby P, Whitton J et al. Premature menopause in survivors of childhood cancer: A report from the childhood cancer survivor study. *Journal of the National Cancer Institute*. 2006; 98 (13): 890 – 896.
108. Speechley K, Barrera M, Shaw A, Morrison H et al. Health-related quality of life among child and adolescent survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2006; 24: 2536-2543.
109. Spencer J. The Role of cognitive remediation in childhood cancer survivors experiencing neurocognitive late effects. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2006; 23 (6): 321-325.
110. Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*. 2005; 9: 69-74.
111. Stuber ML, Christakis DA, Houskamp B, Kazak AE. Posttrauma symptoms in childhood leukemia survivors and their parents. *Psychosomatics*. 1996; 37: 254-261.
112. Sundberg KK, Lampic C, Bjork O, Arvidson J et al. Positive and negative consequences of childhood cancer influencing the lives of young adults. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008; 1–7.
113. Svavarsdottir EK. Surviving childhood cancer: parents' perceptions of their child's health. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2005; 22 (2): 80-88.
114. Şenol Y, Türkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: cevap kayması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2006; 5 (5): 382-389.
115. Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*. 2002; 5: 240-247.
116. Upton P, Eiser C, Cheung I, Hutchings HA et al. Measurement properties of the UK-English version of the pediatric quality of life inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2005; 3 (22): 1–7.

117. Üneri Ö, Memik NÇ. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2007; 14 (1): 48-56.
118. Wallace B, Hamish W, Blacklay A, Eiser C et al. Regular review: developing strategies for long term follow up of survivors of childhood cancer. BMJ. 2001; 323: 271-274.
119. Whelan KF, Stratton K, Kawashima T, Waterbor JW et al. Ocular late effects in childhood and adolescent cancer survivors: A report from the childhood cancer survivor study. Pediatric Blood & Cancer. 2009; 22: 103-109.
120. WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social Science & Medicine. 1998; 46: 1569-1585.
121. Wu E, Robison LL, Jenney ME, Rockwood TH et al. Assessment of health-related quality of life of adolescent cancer patients using the Minneapolis-Manchester quality of life adolescent questionnaire. Pediatric Blood & Cancer. 2006; 48 (7): 678-686.
122. Vannatta K, Gartstein MA, Short A, Noll RB. A Controlled study of peer relationships of children surviving brain tumors: teacher, peer and self ratings. Journal of Pediatric Psychology. 1998; 23 (5): 279-287.
123. Varni JW, Seid M, Knight TS. The pedsQL™ 4.0 generic core scales: sensitivity, responsiveness and impact on clinical decision-making. Journal of Behavioral Medicine. 2002; 25: 175-193.
124. Varni JW, Burwinkle TM. The pedsQL™ in pediatric cancer. Cancer. 2002a; 94: 2090–2106.
125. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. The pedsQL™ 4.0: reliability and validity of the pediatric quality of life inventory™ version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Medical Care. 2001; 39: 800-812.
126. Varni JW, Bruwinkle TM, Seid M. The pedsQL™ 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability and validity. Ambulatory Pediatrics. 2003; 3: 329-341.

127. Zebrack BJ, Zeltzer LK, Whitton J. Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, hodgkin's disease and non-hodgkin's lymphoma: A report from the childhood cancer survivor study. *Pediatrics*. 2002; 110: 42-52.
128. Zeltzer L. Cancer in adolescents and young adults psychosocial aspects. *Cancer*. 1993; 71: 3463-3468.
129. Yarış N. Adolesan kanserlerinin epidemiyolojisi. *Güncel Pediatri*. 2007; 5: 105-110.
130. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı. Özgür yayınları, 20. Basım, İstanbul.1996.
131. [http://www.cancer.org/Late\\_Effects\\_of](http://www.cancer.org/Late_Effects_of) Childhood Cancer. Erişim Tarihi: 15.08.2009

**ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ADÖLESAN FORMU (13-18 YAŞ)**

Ad Soyad:

Tarih:

**ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

**Adölesan Değerlendirme Formu (13-18 yaş)**

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için <b>hiçbir zaman</b> sorun değilse	<b>0</b>
Eğer sizin için <b>nadiren</b> sorun oluyorsa	<b>1</b>
Eğer sizin için <b>bazen</b> sorun oluyorsa	<b>2</b>
Eğer sizin için <b>sıklıkla</b> sorun oluyorsa	<b>3</b>
Eğer sizin için <b>hemen her zaman</b> sorun oluyorsa	<b>4</b>

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

### Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

<b>Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

<b>Duygularım ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

<b>Başkaları ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

<b>Okul ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4



10.3. BİLGİ FORMU

Tarih .... / ..... / .....

1. Anketi dolduranın adı soyadı:
2. Anketi dolduranın çocuğa olan yakınlığı:  
 Anne                       Baba                       Diğer.....
3. Annenin eğitim düzeyi:  
 Okuryazar değil                       Ortaokul  
 Okuryazar                               Lise  
 İlkokul                                   Üniversite
4. Babanın eğitim düzeyi:  
 Okuryazar değil                       Ortaokul  
 Okuryazar                               Lise  
 İlkokul                                   Üniversite
5. Çocuğunuzun cinsiyeti:  
 Kız                                       Erkek
6. Çocuğunuzun yaşı:
7. Çocuğunuzun ilk tanı alma yaşı
8. Çocuğunuzun aldığı tanı:  
 Lösemi                                   MSS tümörü  
 Lenfoma                                   Diğer.....
9. Çocuğunuza uygulanan tedavi :                      (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz )  
 Kemoterapi  
 Radyoterapi  
 Cerrahi  
 Diğer
10. Annenin iş durumu:  
 Çalışıyor  
 Ev hanımı  
 Emekli
11. Babanın iş durumu:  
 Çalışıyor  
 Çalışmıyor  
 Emekli
12. Ekonomik durumunuz:  
 Gelir gidere eşit  
 Gelir giderden yüksek  
 Gelir giderden az

Teşekkürler .....



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
ETİK KURUL KARARLARI**

Sayı: B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/56

Tarih: 14/01/2009

**Etik Kurul Üyeleri**

Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan)  
Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan Yrd.)  
Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye)  
Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)

**Etik Kurul Sekreteri**

Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK  
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Etik Kurulumuzun 14 Ocak 2009 tarih ve 42/11/09 sayılı toplantısında, 40 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr.Ayfer ELÇİĞİL'in danışmanlığını yürüttüğü Yüksek Lisans Öğrencisi Serap TUNA'nın "Tedavisi Biten Kanserli Adölesanların (13-18 yaş) Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi" konulu tez önerisinin uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur.

Oy birliği ile kabul edilmiştir.  
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Zühal BAHAR  
Etik Kurul Başkanı



T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83 -84  
KONU:

BALÇOVA-İZMİR  
...../...../2009

13.02.2009 \*001535

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'ne

İLGİ:10.02.2009 tarihli B.30.2.DEÜ.0.Y3.00.01/241 sayılı yazınız..

İlgi yazınızda belirtilen Onkoloji anabilim Dalı yüksek Lisans Öğrencilerinizden Serap TUNA'nın "Tedavisi Biten Kanserli Adölanların (13-18 yaş)Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi "konulu araştırmasını Şubat -Haziran 2009 tarihleri arasında Muzaffer Kayhan Onkoloji Hastanesi Çocuk Polikliniğinde yapması uygundur.

Gereğinin yapılmasını saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim ASTARCIOĞLU  
Başhekim

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/İZMİR  
Tel:+90(232)412 23 15 Faks.+90(232) 259 97 23  
E posta: [elcin.safyurek@deu.edu.tr](mailto:elcin.safyurek@deu.edu.tr)

Ayrıntılı bilgi için irtibat:  
Hem.Hiz.Müd. Gülşay EŞREFGİL

Elektronik ağ: [www.deu.edu.tr](http://www.deu.edu.tr)

16/02  
M  
H  
AS

T.C.  
İZMİR İLİ  
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

18336

SAYI: Eğt.Şb.B.104.ISM.4350009 / 742  
KONU: Serap TUNA'nın  
Tez Çalışması.

05 Mart 2009

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 12.02.2009 tarih ve 608 sayılı yazınız.

Enstitünüz Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Serap TUNA'nın "Tedavi Biten Kanserli Adölesanların (13-18 yaş) Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını ilimiz Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ve Dr.Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Şenol SARIAYCI  
Müdür a.  
Sağlık Müdür Yardımcısı

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
Kayıt Tarihi: 17 Mart 2009  
Kayıt No :  
Dosya No : 885

Def. Isl.  
17.03.09

T.C  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı:B.30.2.EGE.0.20.11.01 - 2481  
Konu::Serap TUNA hk.

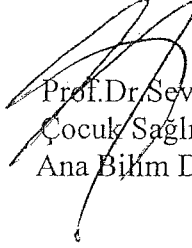
Bornova/ İZMİR  
25 08.2009

**TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ**  
**Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi**

İlgi:24.08.2009 tarih ve 1493 sayılı yazınız

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Serap TUNA'nın Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Besti ÜSTÜN'ün ekteki dilekçesine istinaden; " Tedavisi Biten Kanserli Adölesanların (13-18 yaş) yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi " konulu tez çalışmasını Şubat-Haziran 2009 tarihleri arasında Anabilim Dalımıza bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Çocuk Onkoloji Bilim Dalında yapması uygundur. .

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

  
Prof.Dr.Sevgi MİR  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Ana Bilim Dalı Başkanı .

## ÖZGEÇMİŞ

TC Kimlik No / Pasaport No:	25553088220
Doğum Yılı:	01.11.1982
Yazışma Adresi :	256 sok. Işıl Apt. Bornova/İZMİR
Telefon :	05362121404
e-posta :	seraptn2005@hotmail.com

### EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
T.C.	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ	YÜKSEKLİSANS	2010
T.C	ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ	AYDIN SAĞLIK YÜKSEKOKULU	HEMŞİRELİK	LİSANS	2003

### AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
DEÜH	T.C	İZMİR	KORONER YOĞUN BAKIM	HEMŞİRE	2004-....

Düzenleme Tarihi : 12/01/2010

